الجامعة الأردنيـــة
كلية الدراسات العليا

التاريـــخ: / /

نموذج رقم (١٦)
اقرار والتزام بالمعايير الأخلاقية والأمانة العلمية وقوانين الجامعة الأردنية وأنظمتها وتعليماتها لطلبة الدكتوراه

أنا الطالب: [illegible] الرقم الجامعي: ([illegible])

تخصص: دراما الكليـــــة: ____________

عنوان الاطروحة: [illegible]

....

....

....

اعلن بأنني قد التزمت بقوانين الجامعة الأردنية وأنظمتها وتعليماتها وقراراتها السارية المفعول المتعلقة باعداد اطروحات الدكتوراه عندما قمت شخصيا" باعداد اطروحتي وذلك بما ينسجم مع الأمانة العلمية وكافة المعايير الأخلاقية المتعارف عليها في كتابة الأطروحات العلمية. كما أنني أعلن بأن اطروحتي هذه غير منقولة أو مستلة من أطاريح أو كتب أو أبحاث أو أي منشورات علمية تم نشرها أو تخزينها في أي وسيلة اعلامية، وتأسيسا" على ما تقدم فانني أتحمل المسؤولية بأنواعها كافة فيما لو تبين غير ذلك بما فيه حق مجلس العمداء في الجامعة الأردنية بالغاء قرار منحي الدرجة العلمية التي حصلت عليها وسحب شهادة التخرج مني بعد صدورها دون أن يكون لي أي حق في التظلم أو الاعتراض أو الطعن بأي صورة كانت في القرار الصادر عن مجلس العمداء بهذا الصدد.

توقيع الطالب: .... التاريخ: ١٦ / [illegible] / [illegible]

تقييم السياحة العلاجية في الأردن

إعداد

زياد سليمان العبيسات

المشرف

الأستاذ الدكتور كايد عثمان أبوصبحة

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الجغرافيا

كلية الدراسات العليا
الجامعة الأردنية

آب، ٢٠١٢

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الأطروحة (   ) وأجيزت بتاريخ   /   /

أعضاء لجنة المناقشـــــة	التوقيـــــــع
الدكتور كايد عثمان أبو صبحة، مشرفاً أستاذ جغرافية المدن والسكان	....
الدكتور نعمان عابد شحادة أستاذ جغرافية المناخ	....
الدكتور علي حسن عنبر أستاذ مشارك، جغرافية اقتصادية	........٢٠١٢/٨/٦........
الدكتور إبراهيم خليل بظاظو أستاذ مشارك، جغرافية السياحة(جامعة الشرق الأوسط)	د. ابراهيم بظاظو ....

بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وتقدير

الحمد لله والصلاة والسلام على أفضل الخلق والمرسلين ،،،

" من لم يشكر الناس، لم يشكر الله "

أتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان لأستاذي ومشرفي الأستاذ الدكتور كايد عثمان أبوصبحة، الذي قدم يد العون والمساعدة والنصح وساندني طوال فترة إعداد هذه الأطروحة، وكل الشكر لأعضاء لجنة المناقشة:

- الأستاذ الدكتور نعمان عابد شحادة.
- الدكتور علي حسن عنبر.
- الدكتور إبراهيم بظاظو.

على تفضلهم بقبول الدعوة وتحملهم عناء قراءة وتقييم الأطروحة، ولا يفوتني أن أقدم خالص شكري وتقديري لأخي وصديقي الأستاذ حيدر عبيسات على مساعدته في التحليل الإحصائي، ودعمه المتواصل طوال فترة إعداد هذه الأطروحة، والشكر للزميل فادي أرسلان على جهوده في التدقيق والمراجعة اللغوية للأطروحة.

وكل المحبة والتقدير لزوجتي الصبورة وأفراد أسرتي الذين ساندوني طوال فترة إعداد هذه الأطروحة.

وجزيل ألشكر أيضًا لكل من ساعدني سواء كان بتزويدي بالبيانات والمعلومات وكان لها الأثر الأكبر في انجاز هذا العمل.

زياد سليمان العبيسات

الإهداء

إلى روح والدي...

إلى والدتي أطال الله في عمرها ...

إلى زوجتي، صديقتي ورفيقة دربي...

إلى عون، إيفا، ميار، أملاً بمستقبل أجمل...

إلى جميع الصادقين في حبهم، أهدي هذا الجهد المتواضع

قائمة المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الجداول

قائمة الجداول

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

تقييم السياحة العلاجية في الأردن

إعداد
زياد سليمان العبيسات

المشرف
الأستاذ الدكتور كايد عثمان ابو صبحة

الملخص

تهدف هذه الدراسة لتقييم واقع السياحة العلاجية في الأردن، وذلك من خلال تقييم مستوى الأداء المؤسسي، وتقييم أنظمة التسويق في المستشفيات، والتعرف على أهم نقاط القوة ونقاط الضعف، والفرص والتهديدات للسياحة العلاجية في الأردن، كذلك ستسعى الدراسة لتقييم مستوى الخدمات العلاجية من وجهة نظر متلقي الخدمة في المستشفيات والمنتجعات الطبيعية، ولتقييم دور القطاعين العام والخاص في دعم وتطوير السياحة العلاجية في الأردن، والتعرف على العوامل المؤثرة في تحقيق ميزة تنافسية للسياحة الطبية في الأردن من وجهة نظر إدارة المستشفيات والأطباء والهيئات والجهات الراعية للسياحة العلاجية في الأردن، وبالمقابل التعرف على العوامل الجاذبة لاختيار الأردن لتلقي الخدمات العلاجية الطبية والاستشفائية من وجهة نظر متلقي الخدمة.

إضافة إلى ذلك سعت الدراسة للتعرف على نظام التشبيك بين المؤسسات العلاجية ومجموعة من الأطراف ذات العلاقة، وتحديد تلك العلاقات والشراكات على المستوى الجغرافي وعلى الإطار القانوني لتلك الشراكات.

واستهدفت الدراسة أربعة مجتمعات هي، إدارة المستشفيات والمنتجعات الطبيعية، الأطباء، الهيئات والجهات الراعية، متلقي الخدمة في المستشفيات والمنتجعات الطبيعية.

وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

- وجود حالة من الضعف في الأداء المؤسسي في مجالات إدارة الموارد وإدارة العمليات والقيادة.
- ضعف في علاقات التشبيك والشراكات وعمليات التسويق للمؤسسات العلاجية.

- كفاءة الأطباء وحالة الأمن والاستقرار في المملكة والتجهيزات الجيدة لعدد من المستشفيات أهم عوامل الجذب للسياحة العلاجية في الأردن.
- ارتفاع الأسعار وارتفاع أسعار الرعاية الصحية من أبرز عوامل الضعف للسياحة العلاجية.
- إقامة الشراكات والتحالفات والبحث عن أسواق جديدة من أبرز الفرص للسياحة العلاجية.
- عدم وجود نظام لتصنيف المستشفيات، وعدم تفعيل قانون المساءلة الطبية، وهجرة الكفاءات العلمية وتنامي ظهور أسواق جديدة من أبرز التهديدات للسياحة العلاجية في الأردن.
- ظهرت أهمية كبيرة لدور شبكة العلاقات الاجتماعية في جذب المرضى من الخارج.
- ظهرت حالة ضعف في مواقع العلاج الطبيعي تركزت في ضعف وعشوائية التسويق، ضعف في البنية التحتية، ضعف الاستثمار، وتبين ضعف قدرتها على المنافسة الإقليمية والدوليّة.
- ظهرت درجة ارتباط عالية جداً لمتلقي الخدمة بين درجة الرضا عن الأسعار والخدمات المقدمة وبين الرغبة في تكرار الزيارة أو التوصية بزيارة الأردن.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

١-١ المقدمة:

يعد قطاع السياحة أحد أهم العناصر الحيوية في اقتصاديات عدد من الدول ومصدراً من مصادر الدخل ويلعب دوراً رئيساً في محاربة الفقر و البطالة، إضافة إلى كونه بمثابة الجسر الثقافي الذي يربط بين شعوب العالم ويسهم في تبادل الخبرة والمعرفة.

وبسبب الحاجة إلى رفع مستوى قطاع السياحة كماً ونوعاً تمت الاستعانة بعلوم أخرى كعلوم الإدارة والتسويق وعلم النفس، لبناء أسس قوية ودعائم متطورة للارتقاء بهذا القطاع.

وإذا ما أمعنا النظر في المرتكزات الرئيسة لقطاع السياحة منطلقين من الأدب النظري الذي يعالج السياحة كظاهرة فإننا نجد الفرد ودوافعه هي العنصر الرئيس لهذه الظاهرة وهذه الدوافع متباينة بين الأفراد فمنهم من يسعى لأجل الترفيه ومنهم من يسعى لتحقيق أغراض دينية أو ثقافية ومنهم من تكون غايته الرئيسة البحث عن العلاج سواء داخل بلده أو خارجه، وهذا النمط يطلق عليه السياحة العلاجية.

وترتبط السياحة العلاجية بشكلها التقليدي بأقدم أنواع السياحة، وإذا كانت الصورة النمطية لهذا النوع من السياحة مرتبطة بالمواقع الطبيعية فهي لم تعد كذلك في الوقت الحاضر بل أصبحت أكثر اتساعا في مفهومها، ونظراً لظهور حركة نحو المستشفيات الحديثة للحصول على العلاج والرعاية الصحية، فأصبحت أحد أهم الأنماط السياحية لمجموعة من دول العالم ومن بينها الأردن؛ وذلك للمزايا التي يتمتع بها هذا النوع من السياحة وأهم تلك المزايا :

- طول فترة الإقامة للمريض، بسبب خصوصية أسباب الزيارة .
- عدم تأثر هذا النمط بفترات الركود الاقتصادي .
- ارتفاع معدل الإنفاق للسائح
- عادة ما يرافق المريض شخص آخر أو أكثر، يقضون نفس فترة الإقامة.
- استمرار فترات الطلب على العلاج طوال السنة، مما يعني عدم وجود موسمية لهذا النمط

وإذا كان الاتجاه التقليدي للحصول على العلاج هو السفر من الدول النامية باتجاه الدول المتقدمة نظراً للفجوة المعرفية والتقدم الطبي والمستوى العالي من الخدمات فإن مجموعة من تلك الدول النامية استطاعت أن تؤسس لنفسها مكانة ومركزاً في استقطاب السياحة العلاجية الأمر الذي أدى إلى ظهور اتجاهات أخرى في الطلب على السياحة العلاجية وتمثلت هذه الاتجاهات بما يأتي:

- السفر من الدول النامية إلى الدول النامية، وقد ظهر هذا الاتجاه نتيجة التباين بين الدول النامية في مستوى التقدم والرعاية الصحية من جانب، وانخفاض التكاليف مقارنة بالدول المتقدمة من جانب آخر.

- السفر من الدول المتقدمة إلى الدول النامية، وظهر هذا الاتجاه نتيجة زيادة تكاليف الرعاية الصحية في الدول المرسلة، إضافة إلى وجود أثر لعامل الوقت في الحصول على الرعاية الطبية.

وإذا كان الموجه الرئيس للسياحة العلاجية وجود مناطق العلاج الطبيعي في الدول النامية فإن تطوير هذه المناطق وإقامة المراكز والمنتجعات الطبية والارتقاء بمستوى الخدمات الصحية ونقل المعرفة أعطى لها قيمة إضافية في دعم الاقتصاد الوطني.

وفي الوقت الذي تعتمد فيه الميزة النسبية في دخول الأسواق بالاعتماد على الهبات الطبيعية المتوفرة، وعلى الحماية والدعم الحكومي، وعلى جهود الدولة في إبرام الاتفاقيات مع الدول الأخرى والمنافسة من خلال تدني الأسعار الناتج عن خفض مستوى التكاليف (وهو ما يمثل جانب العرض)، وذلك يؤدي إلى إنتاج سلع منافسة من حيث السعر إلا أنها غير قادرة على الصمود والمنافسة من حيث الجودة في الأسواق العالمية والمحلية، فإن الميزة التنافسية من شأنها التركيز على تلبية حاجة المستهلك (جانب الطلب) من حيث النوعية والجودة فيصبح هناك ضرورة استخدام عوامل إنتاج متطورة وقوى عاملة مدربة، على الرغم من أثرها في زيادة الكلفة على المدى القصير، إلا أنها في الوقت ذاته تساعد الصناعات على اقتحام الأسواق المتطورة والغنية (فريق التنافسية، وزارة التخطيط، ٢٠١١).

إن ضرورة التركيز على تلبية حاجات الطلب المحلي المعتمد على الجودة والمنافسة في الأسعار خطوة أساسية في تحقيق القدرة على تلبية الطلب الخارجي والقدرة على المنافسة خارجياً. ولا يعتبر نجاح تنافسية أي قطاع في الدولة مقياساً على القدرة التنافسية للدولة، حيث يمكن أن يعزى نجاح أحد القطاعات إلى عوامل استثنائية لا يسهل محاكاتها في القطاعات الأخرى أو على مستوى الدولة، فوجود صناعة ذات قدرة تنافسية لا يؤدي بالضرورة إلى امتلاك الدولة لهذه الميزة .

وفي ظل التغيرات الاقتصادية على المستوى الدولي لا بد من إعادة توزيع الأدوار ليعطى للقطاع الخاص دور القيادة دون أن تنسحب الحكومة تماماً، حيث لا يزال يقع على عاتقها دعم القطاع الخاص وأن تقدم له كل المساعدة، ولتحقيق قدرة تنافسية عالية لا بد من تبني استراتيجيه مناسبة، تعتمد على ترجمة الخيارات والخطط لتحويلها إلى عمل فوري، وتحسين الكفاءة من خلال الاستخدام الأمثل، بهدف الوصول إلى منتج عالي الجودة وبتكاليف معقولة، وفي ظل مواجهة السياحة العلاجية منافسة متزايدة على المستوى الإقليمي لا بد للمؤسسات العاملة ضمن هذا القطاع البحث عن أساليب واستراتيجيات تنافسية مناسبة لمواجهة هذا التحدي.

ولأن ظاهرة السياحة ظاهرة معقدة فيها العديد من المدخلات والأطراف المشاركة فمن البديهي أن العمل الجماعي واستجماع القوى والائتلاف بين المؤسسات التي تتشابه في أهدافها يصبح عملها الجماعي أكثر إيجابية وفاعلية من العمل الفردي، ومن هنا تأتي أهمية آلية التشبيك التي تسعى من خلالها المؤسسات إلى تنسيق الجهود والمواقف لتحقيق غاياتها، على الرغم من أن عامل الجهل بفوائد التشبيك يمكن أن يقف عائقاً أمام هذه الآلية في ظل وجود التنافس الداخلي بين المؤسسات .

إلا أن التشبيك بأشكاله المختلفة سواء كان آنياً (لفترة قصيرة) أو تحوله لموقف استراتيجي (فترة طويلة من الزمن) يمكن أن يكون حافزاً أو عاملاً إيجابيا في مجال المنافسة الخارجية لهذه المؤسسات .

فالتشبيك عملية مشتركة بين المؤسسات أو الأفراد الذين توافقوا على إطار معين لاقتسام وتبادل الخبرات والآراء والأفكار والمعلومات بشكل لا يلغي الاستقلالية الذاتية لكل واحد من منهم، لكنها عملية منظمة يتم من خلالها تحقيق أهداف التشبيك ووسائله وتحديد القنوات الرسمية وغير الرسمية التي تستطيع من خلالها المؤسسات أن ترفع من أدائها وأعمالها وحجم نشاطها والتعرف على العملاء والأذواق مما يؤدي إلى زيادة القدرة على التأثير.

١-٢ مشكلة الدراسة:

على الرغم من وقوع الأردن بين مجموعة من الدول التي تمتلك الإمكانات الكبيرة (مصر، ولبنان، وسوريا، وفلسطين المحتلة) إلا أنها استطاعت أن تخط لنفسها موقعًا مهماً على خارطة السياحة العلاجية سواء في المنطقة العربية أو على مستوى الشرق الأوسط وذلك بسبب مجموعة من المزايا النسبية التي توفرت لهذا القطاع.

ستركز الدراسة على تحليل السياحة العلاجية في الأردن من خلال البحث في مفهوم وطبيعة السياحة العلاجية في الأردن وتحليل المقومات الطبيعية والبشرية والمزايا التي يتمتع بها الأردن سواء من مدخل الإطار الوطني المتمثل بجهود الجهات الحكومية أو من خلال موارده البشرية ومؤسساته العاملة والتي أهلته للارتقاء في هذا النمط من السياحة ومكنته من منافسة الدول الأخرى والتفوق عليها، إضافة إلى البحث في القدرة على استمرارية هذا النوع من السياحة وقدرة مؤسساتنا المحلية على المنافسة الإقليمية الأمر الذي يستدعي تقييم أداء مؤسساتنا العاملة في المجال الصحي إضافة إلى تحليل النسيج الداخلي والعلاقات الخارجية وإبراز نقاط القوة ونقاط الضعف لهذا النشاط من خلال تقيمنا الموضوعي لأنفسنا وتقييم أنفسنا من خلال وجه نظر الأخر وهو المستهلك الذي يطلب مجموعة الخدمات العلاجية، وكذلك تحديد أهم الفرص المتوفرة لنا من أجل استغلالها والتعرف على أهم التهديدات الخارجية لمواجهتها، والتوجيه لتبني الإستراتيجية المناسبة وتحسين الكفاءة من خلال الاستخدام الأمثل للوصول إلى منتج عالي الجودة وبأقل كلفة ممكنة، في ظل وجود منافسة متزايدة على المستوى الإقليمي، وبالتالي يمكن بلورة مشكلة البحث من خلال طرح التساؤلات الآتية:

- ما العوامل المؤثرة في خلق ميزة تنافسية للسياحة العلاجية في الأردن.
- ما نقاط القوة ونقاط الضعف في قطاع السياحة العلاجية وما أهم الفرص والتهديدات.
- ما مستوى تقييم أداء مؤسساتنا العاملة في مجال الرعاية الصحية وما الاستراتيجيات المتبعة لمواجهة المنافسين.
- ما أشكال وأدوات التشبيك الموجودة وما غاياتها وهل لها دور في تعزيز القدرة التنافسية لهذا القطاع.
- ما جهود الجهات الرسمية والخاصة التي بذلت في دعم قطاع السياحة العلاجية في الأردن.

١-٣ أهمية الدراسة ومبرراتها :

النشاط السياحي ظاهرة عالمية ذات أبعاد اقتصادية واجتماعية تجاوزت الحدود وأصبحت واحدة من أهم الصناعات التي تؤثر في اقتصاد الدول، نظراً لتشابكها مع مجموعة من القطاعات الأخرى، ولقد أصبحت السياحة صناعة ومرتكزاً رئيساً من مرتكزات الاقتصاد الوطني لمجموعة كبيرة من دول العالم ووسيلة لتشغيل الأيدي العاملة وفرصة لتحقيق فائض في ميزان المدفوعات، والاستثمار في هذا القطاع هو كذلك وسيلة لزيادة الدخل، وتحسين الخدمات، فالدخل المتأتي عن طريق النشاط السياحي يصل إلى (٢٤٢٠ مليون) دينار أردني في سنة (٢٠١٠) ووفر (٤٢ ألف) فرصة عمل بشكل مباشر فيما وصلت أعداد التوظيف غير المباشر إلى (١٢٦ألف) فرصة عمل (الإستراتيجية الوطنية للسياحة ٢٠١٠).

إذا كانت الصورة النمطية للسياحة العلاجية مرتبطة بالمواقع الطبيعية فلم تعد كذلك في الوقت الحاضر بل أصبحت أكثر اتساعا في مفهومها، نظراً لظهور حركة نحو المستشفيات الحديثة للحصول على العلاج والرعاية الصحية، فأصبحت أحد أهم الأنماط السياحية لمجموعة من دول العالم ومن بينها الأردن نظراً لتوفر مقوماتها في الأردن.

تبرز أهمية دراسة السياحة العلاجية لأهميتها للاقتصاد الأردني، في ظل المنافسة بين مناطق الجذب السياحي في دول الجوار، فالسياحة العلاجية بالنسبة للأردن تخطت كونها نشاطاً اقتصادياً مهماً إلى كونها صناعة وطنية يجب المحافظة عليها والارتقاء بها، فالإحصاءات تشير إلى أنه تم إنفاق حوالي (١٨٢)مليون دينار على العلاج من إجمالي الإنفاق السياحي البالغ(٢٠٨٩) مليون دينار سنة (٢٠٠٨) (وزارة السياحة،٢٠٠٨) .

أما على المستوى العالمي فصناعة السياحة تولد ما يعادل (٦٠) مليار دولار أمريكي في جميع أنحاء العالم أما على المستوى القاري فمن المتوقع أن الدخل السنوي الناتج من للسياحة العلاجية في آسيا قد يصل إلى (٤,٤) مليار دولار أميركي بحلول عام (٢٠١٢) (Sing، ٢٠٠٨) (Heung،٢٠١٠).

ومن خلال ما تقدم تظهر لدينا ضرورة الاهتمام بقطاع السياحة بشكل عام لما له من آثار اقتصادية واجتماعية إيجابية على الأردن وضرورة الاهتمام بالسياحة العلاجية بشكل خاص نظراً لتنامي الطلب على هذا النوع من السياحة حول العالم ونظراً للخصائص التي يتميز بها هذا النوع من السياحة والمتمثل بطول فترة الإقامة إذ ما قورنت بالأنواع الأخرى، وكذلك ارتفاع معدلات الإنفاق واستمرار فترات الطلب معظم أوقات السنة، وكذلك ضرورة تواجد المرافقين.

وفي ظل المنافسة بين دول الإقليم كمقصد للسياحة العلاجية وظهور مقاصد سياحية جديدة فإن الأساس في التخطيط يجب أن يتجاوز الأساليب التقليدية إلى الأساليب الحديثة المتمثلة بوضع

استراتيجيات ذات رؤى شمولية وخطط عمل واضحة، فإيجاد الرؤية هو الأساس في تحديد نجاح أو فشل أي عمل، وهي بذلك تحتاج إلى عملية تقييم وإلى تحليل علمي دقيق للأوضاع الراهنة واستشراف للأوضاع المستقبلية ودراسة التحديات والفرص، وتحديد آليات عمل، وهنا تكمن أهمية هذه الدراسة من خلال تقديم رؤية لصناع القرار والقائمين على العملية السياحية لمعالجة جوانب الخلل وتعزيز جوانب القوة في قطاع السياحة العلاجية.

كذلك فإن هذه الدراسة ستقدم تشخيصاً ميدانياً ذو رؤية شمولية لواقع السياحة العلاجية من خلال دراسة كافة الأطراف ذات العلاقة بهذا النشاط، ويمكن أن تشكل مرجعية في رسم إستراتيجية وطنية بما تصل إليه من نتائج، ومن فهم معمق لواقع وآلية تنظيم السياحة العلاجية وانطباعات متلقي الخدمة، واتجاهات وأراء الأشخاص العاملين في هذا المجال وإبراز الفجوات في عملية التنظيم السياحي، لاتخاذ الخطوات المناسبة لتلبية الاحتياجات وتحسين القطاع والارتقاء به.

وفي ظل تزايد المنافسة الإقليمية وظهور أنماط جديدة من التسويق تعتمد على تكييف المنتج الذي يمثل (جانب العرض) مع حاجات ورغبات المستهلك (جانب الطلب) من خلال مجموع قنوات التوزيع والدمج بين الأنشطة، إضافة إلى ظهور أسواق ناشئة ذات إمكانيات مادية كبيره فكان لا بد من عملية تقييم شاملة لجميع الجوانب المتعلقة بنشاط السياحة العلاجية وتقييم قدرة القطاع على الاستمرار في المنافسة والوصول إلى ميزة تنافسية دائمة وكذلك هي محاولة لتطوير الفكر النظري وملء الفراغ في أدبيات الجغرافيا السياحية من خلال إطار العمل التكاملي والشمولي لما بدأه الباحثون الآخرون.

١-٤ أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم واقع السياحة العلاجية في الأردن من خلال عملية تقييم شاملة لجميع الأطراف ذات العلاقة في قطاع السياحة العلاجية والمتمثل بتقييم مستوى الأداء للمؤسسات العلاجية العاملة وتقييم دور القطاع العام والخاص في تطوير وتنشيط قطاع السياحة العلاجية في الأردن من خلال استطلاع رأي الجهات ذات العلاقة إضافة إلى تحليل وتقييم أنظمة التسويق في المؤسسات العلاجية وانعكاساتها على عدد متلقي الخدمة من خارج الأردن.

كذلك تهدف الدراسة إلى:

- تقييم العوامل المؤثرة في الميزة التنافسية للسياحة العلاجية في الأردن.
- تحليل نقاط القوة ونقاط الضعف وتحديد الفرص والتهديدات للسياحة العلاجية في الأردن.
- التعرف على شبكة العلاقات الداخلية والإقليمية والدولية للمؤسسات العلاجية واستطلاع رأي الجهات ذات العلاقة بأهمية التشبيك.
- تقييم واقع السياحة العلاجية في الأردن لإعطاء صورة واقعية لأصحاب القرار لتقديم الاقتراحات والتوصيات الهادفة لمعالجة جوانب الضعف وتعزيز جوانب القوة لغايات التحسين والمحافظة على الصورة المتميزة للسياحة العلاجية في الأردن والارتقاء بها في ظل الفوائد الإيجابية التي تنعكس على الوضع الاقتصادي للأردن.

ولغايات تحقيق أهداف البحث ستقوم هذه الدراسة بالإجابة عن مجموعة من الأسئلة واختبار عدد من الفرضيات.

١-٥ أسئلة الدراسة:

١. ما مستوى تقييم أداء المؤسسات العلاجية؟

٢. ما العوامل المؤثرة في اختيار الأردن لتلقي الخدمات العلاجية (الطبية) من وجهة نظر متلقي الخدمات العلاجية الطبية؟

٣. ما تقييم متلقي الخدمة لمستوى الخدمات العلاجية (الطبية) في الأردن؟

٤. ما العوامل المؤثرة في اختيار الأردن لتلقي الخدمات العلاجية (الاستشفائية) من وجهة نظر متلقي الخدمة؟

٥. ما درجة رضا متلقي الخدمة في المواقع الاستشفائية عن (الأسعار، الخدمة المقدمة، جمالية الموقع) وما اتجاهاتهم نحو تكرار الزيارة والتوصية بالزيارة؟

٦. ما العوامل المؤثرة في خلق ميزة تنافسية للسياحة الطبية في الأردن؟

٧. ما دور الهيئات والجهات الراعية في تطوير وتنشيط السياحة العلاجية؟

٨. ما أهم نقاط القوة والضعف وما هي الفرص والتهديدات للسياحة الطبية في الأردن كما تراها الأطراف ذات العلاقة؟

٩. ما أشكال وأنماط علاقات التشبيك في المؤسسات العلاجية في الأردن؟

١-٦ فرضيات الدراسة

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لإجابات متلقي الخدمة لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى لخصائص متلقي الخدمة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

٣. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لإجابات متلقي الخدمة عن تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لخصائص متلقي الخدمة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

٤. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لإجابات متلقي الخدمة لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الاستشفائية تعزى لخصائص متلقي الخدمة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

٥. توجد علاقة ارتباط بين درجة رضا زوار مواقع السياحة الاستشفائية عن (الأسعار، جمالية الموقع، الخدمات المقدمة) والرغبة في تكرار الزيارة للأردن.

٦. توجد علاقة ارتباط بين درجة رضا زوار مواقع السياحة الاستشفائية عن (الأسعار، جمالية الموقع، الخدمات المقدمة) والتوصية بزيارة الأردن.

١-٧ منهجية البحث:

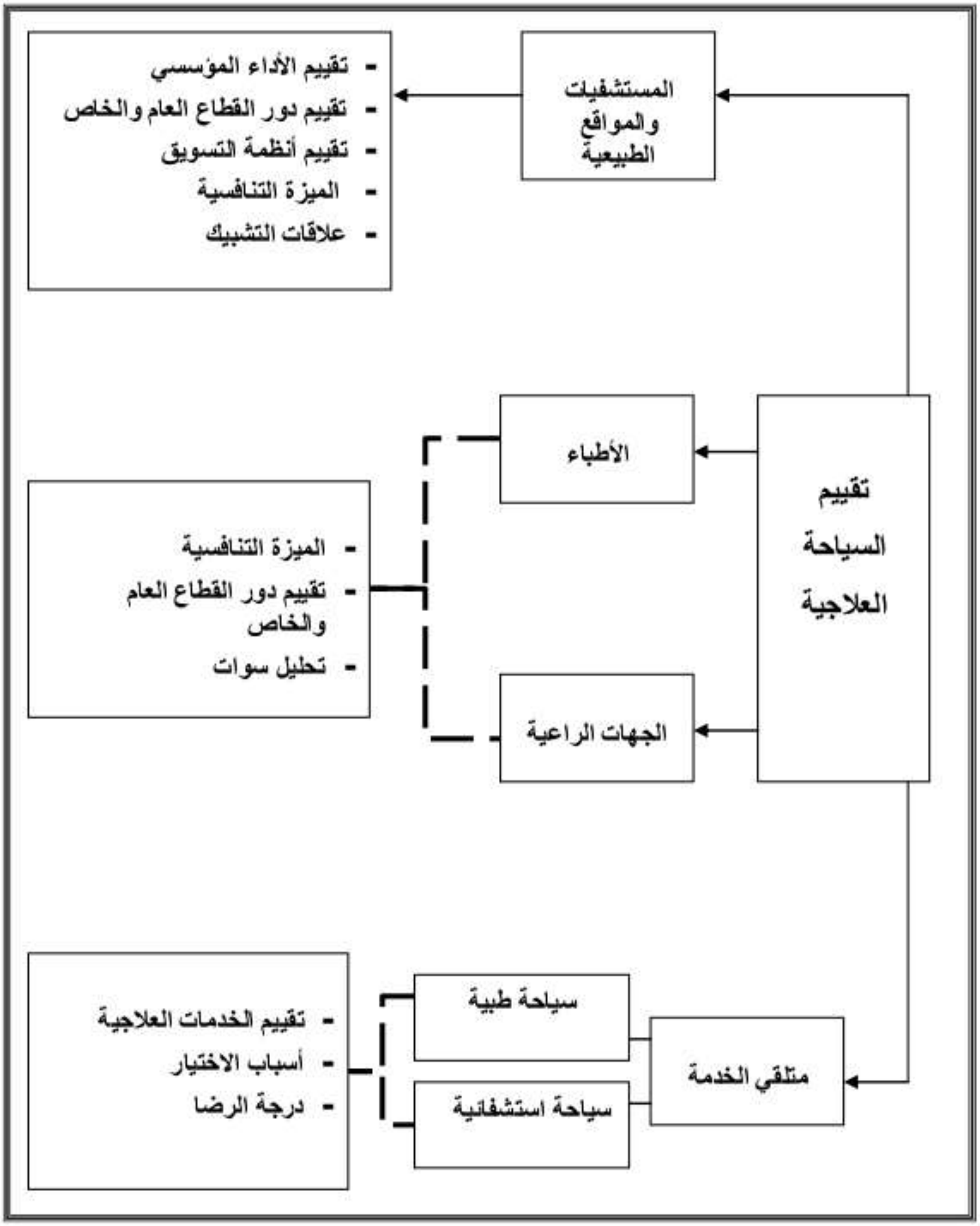
أستند الباحث على مجموعة من الوسائل والأساليب والطرائق لتحقيق أهداف دراسته والإجابة عن أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها فاعتمد في تقييمه لأداء المؤسسات العاملة في قطاع السياحة العلاجية على تطبيق أداة التقييم المؤسسي لنموذج التميز الأوروبي (EFQM) وتعديلاته كما وردت في معايير جائزة الملك عبدالله الثاني للتميز، والتي تحتوي على خمسة معايير رئيسة، وجهت إلى إدارة المستشفيات لتقوم بعملية تقييم ذاتي لأداء المؤسسة حسب هذه المعايير الرئيسة الخمس وهي (القيادة، التخطيط الاستراتيجي، إدارة الموارد، إدارة العمليات، النتائج) من خلال مقياس ليكرت الخماسي والذي تتراوح درجاته بين (٥) الذي يشير إلى درجة الموافقة بشدة والرقم (١) الذي يشير إلى درجة غير موافق نهائياً.

ومع إعادة تسمية درجات المقياس لتنسجم مع مستوى الأداء المؤسسي فقد أصبحت درجة المقياس (٥) يعبر عن مستوى أداء مرتفع جداً، في حين تشير درجة المقياس (١) إلى مستوى أداء منخفض جداً.

كما سيقوم الباحث بتحليل نقاط القوة ونقاط الضعف وهي التي تشكل (البيئة الداخلية للمؤسسة) وتقع في نطاق سيطرتها وكذلك تحديد التهديدات والفرص (البيئة الخارجية للمؤسسة) والتي ليس للمؤسسة تأثير عليها، من خلال أسلوب تحليل سوات "*SWOT Analysis*" أحد أشهر أدوات التخطيط والذي يقوم بتحليل أوضاع المؤسسات وتحليل بيئة العمل الداخلية والخارجية.

كذلك ستعتمد الدراسة على المنهج الوصفي لدراسة الأمور المتعلقة بالجانب النظري من خلال التغطية النظرية لمختلف جوانب البحث وعلى المنهج التجريبي لدراسة الجانب التطبيقي والمتعلق بمحاولة إسقاط الدراسة النظرية على الواقع الفعلي وعلى الأسلوب الكمي الذي سيستخدم لاختبار الفرضيات ولتمثيل البيانات بشكل إحصائي.

والشكل (١) يبين الجهات التي سيقوم الباحث بدراستها وأهم الجوانب والمحاور التي سيدرسها للإجابة على أسئلة الدراسة.



الشكل ١. نموذج توضيحي للمجتمعات الفرعية والمحاور الرئيسة للدراسة.

١-٨ تنظيم الدراسة:

سيتم عرض الدراسة في خمسة فصول، تحتوي على المكونات الآتية:

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة:

ويحتوى على مقدمة الدراسة ومشكلة الدراسة، وعرضاً لأهمية الدراسة ومبرراتها، ثم أهداف الدراسة والأسئلة التي ستجيب عليها الدراسة والفرضيات التي ستختبرها إحصائيا، والمناهج المستخدمة ثم تنظيم الدراسة.

الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة.

وتضمن هذا الفصل عرض مفهوم السياحة وأنواعها وأهميتها ومناقشة مفهوم السياحة العلاجية وأهميتها ، ومراجعة للأدب النظري والدراسات السابقة التي بحثت في هذا الموضوع، إضافة إلى عرض للمقومات الطبيعية والبشرية للسياحة في الأردن، واستعراض لتطور القطاع الصحي في الأردن ومراجعة للجهود الحكومية في مجال السياحة العلاجية ، ثم تم تناول مفهوم الميزة التنافسية واستراتيجيات التنافس ومفهوم التشبيك ومزاياه.

الفصل الثالث : منهجية البحث

وتضمن هذا الفصل عرض لمجتمع وعينة الدراسة والطرائق المستخدمة في جمع البيانات ومحددات الدراسة والصعوبات التي واجهت الباحث أثناء إجراء الدراسة والفترة الزمنية لتوزيع الاستبانه وأساليب التحليل الإحصائي واختبار الصدق والثبات.

الفصل الرابع : وصف مجتمع الدراسة.

وتضمن هذا الفصل وصف خصائص مجتمع الدراسة حسب نتائج الدراسة، والإجابة على أسئلة الدراسة واختبار الفرضيات.

الفصل الخامس: نتائج تقييم الاداء المؤسسي ، وتضمن تقييم المؤسسات العاملة حسب نمو\ج التميز وتعديلاته كما وردت في استبانة الدراسة.

الفصل السادس: نتائج اجابات متلقي الخدمة والجهات الراعية، وتضمن مناقشة اسباب اختيار الاردن لتلقي الخدمات العلجية وتقيم مستوى الخدمات ودرجة رضا متلقي الخدمة، إضافة إلى اجابات الجهات الراعية على العوامل المؤثرة في الميزة التنافسية وتقييم دور القطاع العام والخاص في دعم وتطوير السياحة العلاجية.

الفصل السابع: نتائج التحليل النوعي، وتضمن مناقشة نتائج تحليل سوات ونتائج علاقات التشبيك

الفصل الثامن: مناقشة النتائج والتوصيات وتضمن هذا الفصل مناقشة النتائج التي توصلت إليها الدراسة والتوصيات التي قدمتها الدراسة ، إضافة إلى المصادر والمراجع التي استعان بها الباحث

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

٢-١ مفهوم السياحة

يرد في الأدبيات مجموعة من التعريفات لمفهوم السياحة، ومنها ما قدمه الألماني (أجوير فريولر Eguger Frewller) الذي عرف السياحة بأنها " ظاهرة من ظواهر العصر تنبثق من الحاجة المتزايدة للحصول على الراحة والاستجمام وتغيير الجو والإحساس بجمال الطبيعة وتذوقها والشعور بالبهجة والمتعة في الإقامة في مناطق ذات طبيعة خاصة".أمّا النّمساوي (واهيرمان فون) فعرّفها أنها "اصطلاح يطلق على كل العمليات المتداخلة وخصوصاً العمليات الاقتصادية المتعلقة بدخول الأجانب وإقامتهم وانتشارهم داخل منطقة ما أو خارجها أو دولة معينة"، وعرفها (جلاكسمان Glacksman) بأنها "فروع العلاقات المتبادلة والتي تنشأ بين الشخص الذي يوجد بصفة مؤقتة في مكان ما والأشخاص الذين يقيمون بهذا المكان"، أما (ليفلي نيزارول Leveille Nizerolle) فيقول "إنها جميع الأنشطة غير المحققة للربح والتي يقوم بها الإنسان بعيداً عن مقر إقامته المعتاد" ، في حين عرّفها (جولدن Golden) بقوله "المقصود بالسياحة هو أي نوع من الحركة التي يقوم بها الأشخاص في مكان ما خارج بلادهم بشرط عدم اعتبار هذه الإقامة لأغراض الكسب الدائم أو المؤقت"، ويصفها (دي ماير) بأنها "مجموعة التنقلات البشرية والأنشطة المترتبة عليها والناتجة عن ابتعاد الإنسان عن موطنه تحقيقاً لرغبة الانطلاق الكامنة في كل فرد".

ويذكر (بيرنيكر Bernaker) "أن السياحة هي مجموعة العلاقات والخدمات الناجمة عن التغير المؤقت والإداري لمكان الإقامة دون أن يكون الباعث على ذلك أسباب العمل أو المهنة"، أما (كراف وهاينزيكار Hunziker and Krapf) فوصفا السياحة بأنها "مجموع الظواهر والعلاقات الناشئة عن السفر والإقامة لغير المقيمين بما أنها لا تؤدي إلى إقامة دائمة أو نشاط مرتبط بالكسب المادي". (حسنين، ٢٠٠٦) وتعرفها الجمعية السياحية البريطانية(Tourism Society of England's) بأنها "حركة مؤقتة وقصيرة الأجل للأشخاص خارج مكان إقامتهم وأماكن عملهم وتشمل التحركات لجميع الأغراض".

في حين حددت عصبة الأمم المتحدة (League Of Nations) في سنة (١٩٣٦) السائح الأجنبي بأنه الشخص الذي يسافر خارج الحدود مدة لا تقل عن (٢٤) ساعة، وهذا التعريف عدلته الأمم المتحدة سنة (١٩٤٥) حيث حددت مدة الإقامة بمدة أقصاها ستة أشهر(Theobad,William,1998)، أما منظمة السياحة العالمية (World Tourism Organization) فعرفت السائح بأنه الشخص الذي يسافر خارج مكان إقامته المعتادة لفترة أكثر من (٢٤) ساعة ولا تزيد عن سنة متواصلة لقضاء أوقات الفراغ مع عدم القيام بأعمال مقابل أجر.

٢-٢ أنواع السياحة

تتنوع دوافع الأشخاص للقيام برحلة معينة إلى مكان ما وذلك لاختلاف رغباتهم ودوافعهم، فمنهم من تكون لديه دوافع ثقافية وآخرون بدوافع تعليمية، ومنهم من يطلب الراحة والاستجمام أو البحث عن العلاج ومنهم من يسافر بدافع ديني أو عرقي وربما للمشاركة في حدث رياضي أو لحضور مؤتمر، أي أن هناك مجموعة كبيرة ومتباينة من الدوافع للأشخاص للقيام بهذا النشاط أو الجمع بين أكثر من نشاط من خلال القيام بزيارة واحدة، ومن الصعوبة حصر جميع تلك الدوافع التي تقف خلف قرار القيام برحلة سياحية، نظراً لصعوبة الحكم على الركن الرئيس في هذه العملية وهو الإنسان فسلوكه مختلف ودوافعه مختلفة، وبأي حال فأن الحديث عن العملية السياحية هو الحديث عن الأركان الرئيسة التي تشمل الفرد (السائح) باختلاف دوافعه وعن المقصد الذي يتلاءم مع رغبات الفرد الزائر وحاجاته إضافة إلى مجموع الخدمات المقدمة، ونتيجة هذا التنوع في الدوافع والرغبات فقد نتجت مجموعة من التصنيفات أو مجموعة من الأنواع للسياحة تبعاً لاختلاف الدافع حيناً أو لاختلاف الغاية من التصنيف حيناً آخر، لذا يمكن لنا أن نقسّم السياحة إلى عدة أنواع ومنها:

السياحة حسب الغرض وتقسم إلى عدة أنواع:

- زيارة المناطق الأثرية التاريخية (Archaeological Tourism) للاطلاع والتعرف على تاريخ وآثار تلك المنطقة وتاريخ الحضارات التي عاشت في المنطقة خلال فترات تاريخية سابقة.
- السياحة الدينية (Religious Tourism) وهي زيارة المواقع ذات العلاقة بالأحداث الدينية، وتتباين هذه المواقع في أهميتها فمنها ما تعتبر زيارته متطلب ديني من الواجب القيام به ومنها ما يعتبر جزءاً من الطقوس والأحداث الدينية.
- السياحة التعليمية (Educational Tourism) يرتبط هذا النوع بالإقبال المتزايد على طلب العلم والمعرفة وتعزيز الكفاءات الفنية، وتزايد نمو هذا النوع من السياحة نتيجة التباين في مستوى المؤسسات الأكاديمية والتباين في الكفاءات بين الدول، وتشمل الجولات الدراسية وبرامج الخبرات والتدريب والتعرف على المهارات المكتسبة في دول أخرى وأساليب تطبيق وتوظيف الأفكار العلمية والتربوية.
- الترفيه والاستجمام (Relaxation) وهو النوع الذي يهدف لزيارة المواقع الهادئة ذات الطابع الرومانسي مع البحث عن وسائل الترفيه، للاستمتاع بالأوقات بعيداً عن ضغوط العمل وتعقيدات الحياة.

- سياحة المؤتمرات (Tourism Conference) من الأنواع التي بدأت تنمو بشكل كبير في ظل زيادة التعاون الإقليمي والدولي في مجالات كثيرة، ويكون الهدف من هذا النوع المشاركة في المؤتمرات الإقليمية والقارية والدولية، ويتطلب هذا النوع إمكانات سياحية عالية المستوى للبلد المستضيف من حيث التجهيزات وأماكن الإقامة ووسائل النقل السياحي وخدمات الاتصالات.
- السياحة الرياضية (sports tourism) تتنوع أشكال السياحة الرياضية فمنها ما يشمل السفر لغرض المشاركة في المسابقات الرياضية، إلى أنواع أخرى كمشاركة الجماهير في متابعة الأحداث الرياضية المهمة كالمسابقات الإقليمية والدولية.
- السياحة الثقافية (Cultural Tourism) وهو نمط موجهة للتعرف إلى ثقافة المجتمعات الأخرى وإلى أساليب حياة الناس وتاريخ الشعوب والتعرف على مجموع العوامل التي ساعدت على تشكيل طريقتهم في الحياة، وتشمل كذلك زيارة المتاحف والمسارح والتعرف إلى التقاليد الثقافية للمجتمعات المحلية وهي حركة باتجاه مناطق الجذب الثقافي للعيش ضمن فكر ورؤية مختلفة للسائح في ظل النسق الاجتماعي الموجود لتلك المجتمعات.
- السياحة البيئية (Ecotourism) وتعّرف حسب المنظمة العالمية للبيئة بأنها " السفر إلى مناطق طبيعية لم يلحق بها التلوث ولم يتعرض توازنها الطبيعي إلى الخلل، وذلك للاستمتاع بمناظرها ونباتاتها وحيواناتها البريّة ، ويعرّف الاتحاد الدولي للمحافظة على الطبيعة المحمية الطبيعية على أنها الأقاليم التي تحتوي على نظام أو عدد من الأنظمة البيئية لم تعرف التغير بسبب الاستثمار البشري، والتي بدورها تعطي فصائل النباتات والحيوانات والمواقع الجيولوجية فائدة خاصة من الجانب العلمي والتربوي والترفيهي أو التي توجد بها مناظر ذات قيمة جمالية كبيرة(الحوامدة،الحميري٢٠٠٦).

-السياحة الصحية (Health Tourism): يقصد بها الزيارة بقصد العلاج والتخلص من الأمراض وطلب الاسترخاء والصحة النفسية، وهنا نتحدث عن نوعين من السياحة الصحية وهما زيارة المواقع الطبيعية ذات الخصائص العلاجية التي تتوفر فيها الينابيع المعدنية والمياه الحارة بقصد الاستجمام والتخلص من بعض الأمراض نظراً لما تحتويه هذه الينابيع من خصائص علاجية كبيرة للحصول على الراحة والصحة الجسدية والنفسية (Curative Tourism)، وزيارة المستشفيات الحديثة بقصد العلاج من الأمراض بهدف الحصول على الخدمات الصحية في ظل وجود الأجهزة المتطورة والخبرات البشرية

والكوادر المؤهلة (Medical Tourism)، ولأهمية هذا النمط فإن العديد من البلدان حول العالم اعتبرت هذا النمط من السياحة، صناعة وطنية يجب المحافظة عليها.

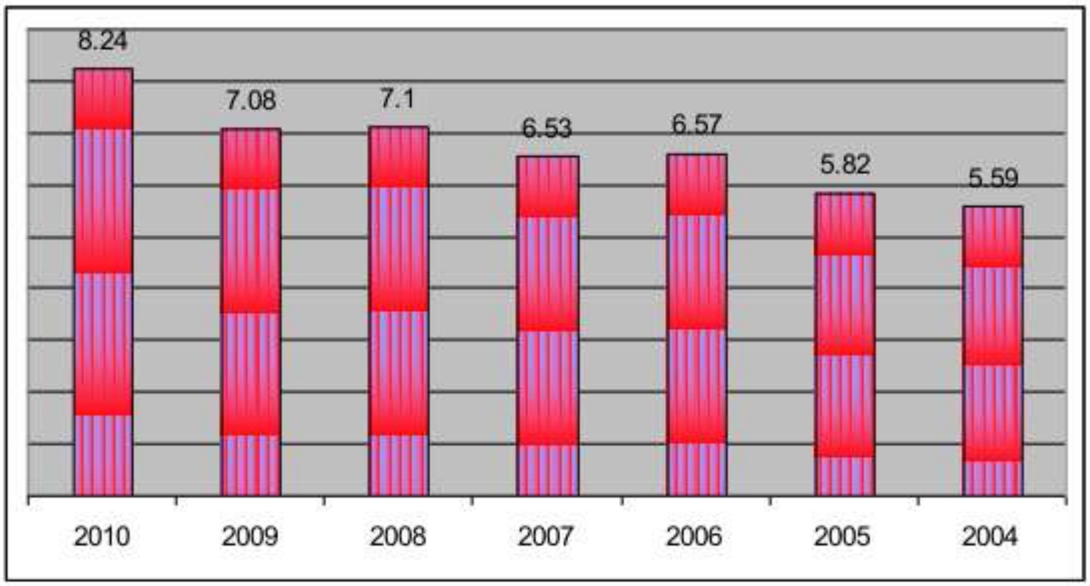
أما التصنيف الأخر فهو التصنيف وفقاً للبعد الجغرافي، ويمكن تقسيمها وفقاً لهذا البعد إلى:

- السياحة الداخلية (المحلية) **(Internal tourism)** ويقصد بها حركة انتقال الفرد داخل دولته، أو تلك الزيارات التي يقوم بها المواطنون داخل دولهم، مع ضرورة أن لا تقل الفترة الزمنية عن (٢٤) ساعة وإلا اعتبرت نشاطاً ترفيهياً.
- السياحة الخارجية (الدولية) **(International Tourism)** ويقصد بها انتقال الأفراد إلى خارج دولهم أي قطع حدود دولية لممارسة أنشطة مختلفة باستثناء الإقامة أو العمل، وبفترة لا تقل عن (٢٤) ساعة، وفي سنة (١٩٩٤م)، قامت الأمم المتحدة في أثناء تقديم توصيات بشأن إحصاءات السياحة، بوضع ثلاثة تصنيفات أو أشكال للسياحة:
- السياحة الداخلية وقد ميزت ضمن تصنيفها، بين نمطين من السياحة الداخلية وهي السياحة الداخلية **(Domestic Tourism)** وهي المرتبطة بحركة المواطنين المقيمين في بلد ما داخل ذلك البلد، أما النوع الأخر فقد أطلق عليه **(Inbound Tourism)** ويقصد بها سفر الأشخاص غير المقيمين داخل تلك البلد.
- السياحة الخارجية **(Outbound Tourism)** وتشمل سفر الأشخاص المقيمين إلى خارج حدود البلد.

كذلك يمكن تصنيف السياحة وفقاً للعدد، ويقسم هذا النمط إلى نوعين، هما السياحة الفردية (***Individual tourism***) وهي قيام الشخص بمفرده أو يصطحب أفراد أسرته أو أصدقائه لتنفيذ مسار رحلة معين، أما النوع الأخر فهو السياحة الجماعية (***Mass tourism***) والمقصود بها سياحة الأفواج السياحية كبيرة العدد، وارتبط تطور هذا النوع بتطور وسائل النقل والتكنولوجيا من خلال السماح بنقل أعداد كبيرة من السياح في فترة قصيرة من الوقت ويتميز هذا النوع بانخفاض الأجور والأسعار نسبياً.

٢-٣ أهمية السياحة:

تقوم السياحة بأدوار مهمة في دفع التنمية الاقتصادية والاجتماعية وأصبحت صناعة تحتل موقعاً مهماً في اقتصاديات عدد من الدول ومن بينها الأردن وذلك من خلال التأثير المباشر على عدد المرتكزات الرئيسة في الاقتصاد الوطني، كما تؤثر الأنشطة السياحية على الدخل القومي وهي الأموال المتأتية نتيجة بيع مجموعة الخدمات والسلع للزوار الأجانب، وارتفاع عدد الزوار يعطي مؤشراً على ارتفاع غلة الأموال المتأتية والتي تؤثر بشكل مباشر على ميزان المدفوعات، والشكل الآتي يبين ارتفاع عدد الزوار القادمين للمملكة خلال الفترة الزمنية (٢٠٠٤-٢٠١٠)

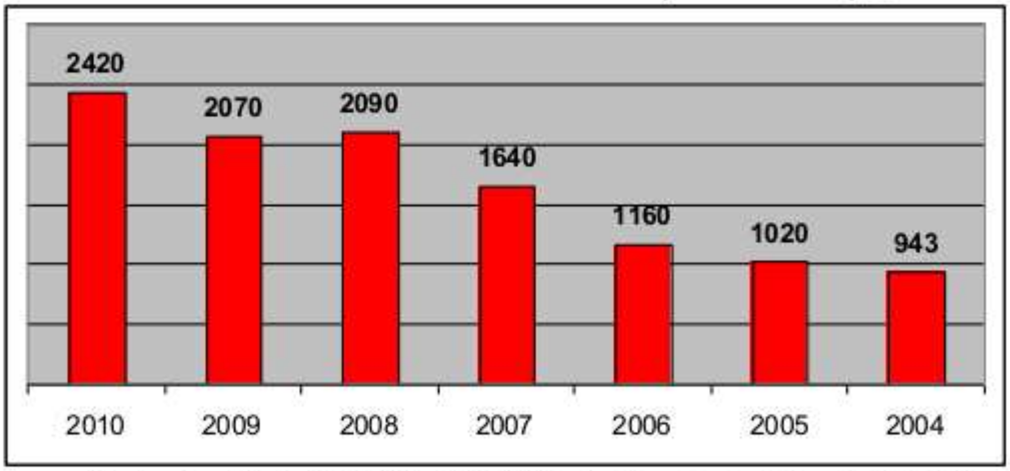


الشكل ٢. يمثل تطور أعداد الزوار القادمين(بالمليون) للفترة الزمنية الممتدة من (٢٠٠٤-٢٠١٠)
المصدر: وزارة السياحة والآثار الأردنية، بتصرف من الباحث

يلاحظ من خلال الشكل (٢) تطور أعداد الزوار القادمين للمملكة من(٥,٥٩ مليون) زائر في عام (٢٠٠٤م) إلى (٨,٢٤ مليون) زائر في عام(٢٠١٠م) بزيادة مقدارها (٢,٦٥ مليون) زائر خلال ست سنوات وبتغير نسبي مقداره (+ ٤٧%).

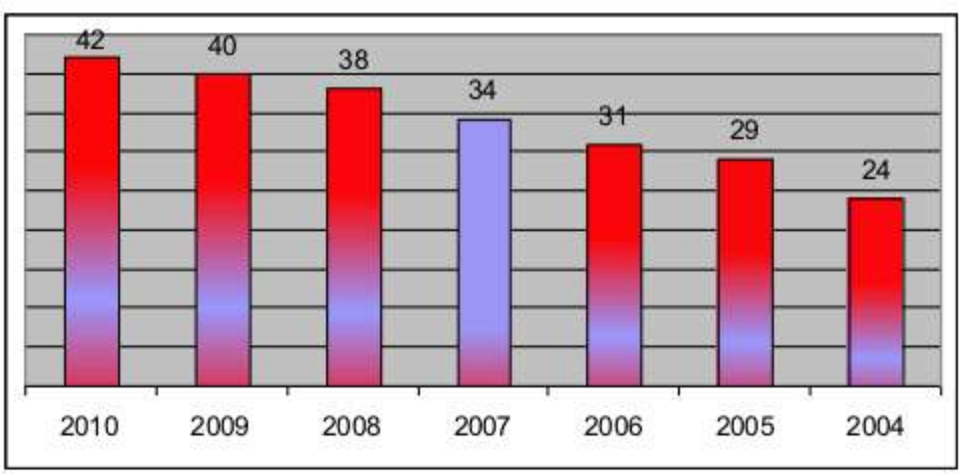
وتسعى الإستراتيجية الوطنية للسياحة (٢٠١١-٢٠١٥) من خلال أهداف الركيزة الأولى (التسويق والترويج السياحي) لزيادة أعداد الزوار من (٨,٢٤ مليون) زائر في العام (٢٠١٠م) ليصل إلى (٩,٤ مليون) زائر في العام (٢٠١٥م)، بتغير نسبي مقداره (+١٤%) يرافقه نمو بالدخل يصل إلى (٤,٢) مليار دينار أردني.

وبطبيعة الحال فإن التزايد في أعداد الزوار القادمين للمملكة سينعكس بشكل إيجابي على ارتفاع الدخل السياحي، وهذا ما يوضحه الشكل الآتي الذي يبين ارتفاع الدخل السياحي في الفترة الزمنية الممتدة من (٢٠٠٤-٢٠١٠).



الشكل ٣. تطور الدخل السياحي (بالمليون) للفترة الزمنية الممتدة من (٢٠٠٤-٢٠١٠)
المصدر: وزارة السياحة والآثار الأردنية، بتصرف من الباحث

يلاحظ من الشكل (٣) تطور الدخل المتأتي عن طريق قطاع السياحة من(٩٤٣ مليون) دينار أردني في عام (٢٠٠٤م) إلى (٢٤٢٠ مليون) دينار أردني في عام(٢٠١٠م) بزيادة مقدارها (١٤٧٧ مليون) دينار أردني خلال ست سنوات أي ما يعادل تقريباً (٢٠١) مليار دولار وبتغير نسبي مقداره (+ ١٥٦%).وتسعى الإستراتيجية الوطنية للسياحة (٢٠١١-٢٠١٥) من خلال أهداف الركيزة الأولى (التسويق والترويج السياحي) لزيادة الدخل السياحي من (٢,٤) مليار دينار أردني في العام (٢٠١٠م) ليصل إلى (٤,٢) مليار دينار أردني في العام (٢٠١٥م)، بتغير نسبي مقداره (+٧٤%)، كذلك يؤثر هذا النشاط الحيوي على العمالة وتوفير فرص العمل والتخفيف من البطالة والشكل (٤) يوضح التطور في أعداد التوظيف المباشر للأردنيين، في الفترة الزمنية الممتدة من (٢٠٠٤-٢٠١٠).



الشكل ٤. تطور أعداد التوظيف المباشر (بالألف) للفترة الزمنية الممتدة من (٢٠٠٤-٢٠١٠)

يلاحظ من الشكل (٤) تطور أعداد التوظيف بشكل مباشر للعاملين بقطاع الساحة من(٢٤ ألف) وظيفة في عام (٢٠٠٤م) إلى (٤٢ ألف) وظيفة في عام(٢٠١٠م) بزيادة مقدارها (١٨ ألف وظيفة) خلال ست سنوات وبتغير نسبي مقداره (+ ٧٥%).
فيما ارتفعت أعداد التوظيف غير المباشر من (٦٨٤٥٠) وظيفة في عام (٢٠٠٣م) إلى (١٢٦ ألف) وظيفة في العام (٢٠١٠) بزيادة مقدارها (٥٧٥٥٠) وظيفة خلال السبع سنوات وبزيادة نسبية مقدارها حوالي (+٨٤%). مع وجود تركز للعاملين بالقطاع السياحي في قطاع الفنادق والمطاعم السياحية حيث بلغت نسبة العاملين في الفنادق حوالي (٣٦%) من مجمل عدد العاملين وشكل الأردنيون ما نسبته (٨٧,٥%) في حين ترتفع نسبة العاملين في المطاعم السياحية إلى (٤٠%) كانت حصة العمالة الأردنية ما نسبته (٦٥%)، وانسجاماً مع الركيزة الثالثة (تطوير سوق العمل) في الإستراتيجية الوطنية للسياحة (٢٠١١-٢٠١٥) من المتوقع أن تسهم في توفير (٢٥ ألف) وظيفة خلال السنوات الخمسة للإستراتيجية.

٢-٤ السياحة العلاجية:

السياحة العلاجية أو السياحة الصحية مصطلح وضع في البداية من قبل وكالات السفر ووسائل الإعلام لوصف ممارسة السفر عبر الحدود الدولية للحصول على العلاج وعلى الرعاية الصحية (Shaywitz, & Ausiello, 2002).

كانت السياحة العلاجية كنشاط معروفة من عصور ما قبل التاريخ، فانتقل الأفراد من مواقعهم إلى أماكن أخرى تمتاز بمناخ خاص، أو إلى مناطق الينابيع المعدنية الحارة، للتخلص من أمراض الجهاز التنفسي وأمراض الروماتيزم، ثم أصبح السفر للعلاج والاستجمام واحد من الأغراض الرئيسة للسياحة، وأصبح البحث عن الاسترخاء واستعادة الحيوية من أهم الدوافع وراء ممارسة النشاط السياحي، فظاهرة السفر لغايات الحصول على العلاج وعلى الرعاية الصحية، أو الحصول على رعاية صحية أكثر تطوراً وغير متوفرة محلياً ظاهرة قديمة ذات جذور تاريخية (ChristieM.Reed,2008). فالمفهوم كممارسة يعود لآلاف السنين عندما سافر اليونان في أنحاء منطقة المتوسط بحثاً عن الشفاء الروحي، كذلك كانت زيارة الحمامات من الإشكال المبكرة للسياحة العلاجية، فقام المرضى بزيارة المياه المعدنية والبحث عن علاج أمراض النقرس واضطرابات الكبد والشعب الهوائية(Gahlinger, PM,2008).

لفترات طويلة من الوقت، كانت الصورة النمطية متعلقة بسفر الأثرياء من الدول النامية إلى الدول المتقدمة للحصول على الرعاية الصحية، أم الصورة الآن فنجدها مختلفة، تعكس تنامي حركة السفر من الدول المتقدمة باتجاه بعض الدول النامية، بحثاً عن الرعاية الطبية عالية الجودة وبأسعار معقولة، ففي الولايات المتحدة والعديد من الدول الغربية تتكرر نفس الصورة، فأسعار العلاج في المستشفيات الخارجية (في دول العالم النامي) هي أقل بكثير، ويرتبط ذلك بشكل رئيس بانخفاض التكاليف للأيدي العاملة (**Devon M. Herrick**).

إننا في صدد استعراض بعد جديد من أبعاد العولمة المتزايدة للرعاية الصحية، حيث يعبّر المستهلكون الحدود الدوليّة لتلقي العلاج، وهذا التزايد في الحركة يضيف تحديات جديدة لإدارة وتنظيم رعاية المرضى (Neil Lunta, Percivil,2010) ، ومن الضرورة بمكان مناقشة المفاهيم الخاصة بالسياحة الصحية والتميز بينها، فعادة يتم الخلط بين المفاهيم، وأحياناً تستخدم احدها للدلالة على الأخرى، ومن خلال مراجعة الأدب النظري نجد أن السياحة الصحية (Health Tourism) تقسم إلى قسمين وهما السياحة العلاجية (Curative Tourism) والسياحة الطبية (Medical Tourism) والبعض يضيف نوعاً ثالثاً وهو السياحة الوقائية (Preventive Tourism) ولكل منها مفهومها المختلف عن الآخر.

يعرف الاتحاد الدولي للمنظمات السياحية (IUOTO) (١٩٧٣) سياحة الرعاية الصحية على أنها توفير المرافق الصحية للاستفادة من الموارد الطبيعية في البلد، وخاصة المياه المعدنية والمناخ، وهذا التعريف حُصر بالمياه المعدنية والمناخ ولم يشمل جميع العوامل الطبيعية.

عدد من الباحثين(Carrera and Bridges,2006) ميزوا بين السياحة الصحية والسياحة العلاجية، فالسياحة العلاجية جزء من السياحة الصحية والتي عرفت بأنها السفر المنظم خارج البيئة المحلية لتحسين الصحة العقلية والجسدية، وبينما يواصل البعض استخدام 'السياحة الطبية' كمفهوم لتغطية جميع أشكال السياحة الصحية ذات الصلة (Garcia-Altes، ٢٠٠٥)، فعلى ما يبدو من المفيد أكثر تمييز 'السياحة الطبية' والتي تقتضي تدخلات طبية محددة (John Connell 2006).

وتعرف سعاد عمران وفقاً (للحراحشة ٢٠٠٢) السياحة العلاجية بأنها حركة مؤقتة للسائح (المريض) الذي يسافر لغرض العلاج، سواء كانت طبية أو استشفائية لمعالجة مرض معين أو للاسترخاء وهذه الحركة تكون طوعية أو بسبب توصية طبيب. ويميز (الجلاد ٢٠٠٠) بين السياحة الطبية والسياحة العلاجية والسياحة الوقائية على النحو التالي، فالسياحة الطبية السفر لغرض العلاج من مرض معين أو للقيام بعملية جراحية تحت إشراف طبي في المستشفيات أو المراكز الطبية، أما السياحة العلاجية فهي السفر لغرض العلاج من مرض معين أو للنقاهة تحت إشراف طبي، وذلك باستخدام الموارد العلاجية الطبيعية مثل الحرارية المعدنية والينابيع، والبحيرات المالحة والطين والرمال المشعة واستغلال العوامل المناخية في العلاج، أما السياحة الوقائية فهي السفر لغرض الاسترخاء والتمتع بها، والترفيه، هربا من التوترات اليومية، في أي منتجع صحي، وليس لديه إمراض محددة.

ويشير (الحراحشة،٢٠٠٢) إلى أن استخدام السياحة الصحية يعني ضمنا السياحة العلاجية أو السياحة الطبية أو كلاهما، ويقول إن السياحة الصحية هي بمثابة مظلة للسياحة الطبية والعلاجية والوقائية، فالسياحة الصحية تشمل الأنواع الثلاثة، ويمكن تعريف السياحة الصحية بأنها السفر بغرض علاج أمراض الجسم تحت إشراف طبي أو بدونه، في المستشفيات أو المراكز الطبية أو من خلال زيارة الموارد الطبيعية (لتلقي العلاج أو الاسترخاء) مثل الينابيع المعدنية أو البحيرات المالحة لفترة من الوقت من (أسبوعين إلى أربعة أسابيع) في المتوسط ولكن لا تزيد على سنة في كل مرة.

ويعرف مقابلة في دراسته (٢٠٠١م) السياحة الصحية بأنها سفر المريض بغرض الحصول على خدمات تؤدي إلى الشفاء أو استقرار حالته المرضية، شرط أن لا تقل مدة إقامته في البلد المقصود عن (٢٤) ساعة ولا تزيد عن ستة أشهر للمواطن في داخل بلده أو على للوافدين في

المرة الواحدة، شرط أن لا ينوي العمل المأجور أو الإقامة الدائمة، وأضاف أن هذا المفهوم المباشر للسياحة الصحية، أما المفهوم الواسع فهو يشمل أولئك الأشخاص الأصحاء، الذين يرافقون المريض لمساعدته خلال إقامته.

لذا يمكننا القول إن السياحة الطبية هي السفر لتلقي العلاج من مرض ما أو لإجراء عملية جراحية في المستشفيات المتخصصة (أي تدخل طبي مباشر) أما السياحة العلاجية فهي السفر طلباً للشفاء من المصادر الطبيعية كالينابيع المعدنية الحارة والمياه الكبريتية والطين لمعالجة أمراض الجلد والمفاصل والجهاز التنفسي.

لقد نمت السياحة الطبية بشكل سريع في العقد الماضي، بسبب مجموعة من العوامل كارتفاع التكاليف وطول فترات الانتظار، والتكنولوجيا الجديدة والمهارات في بلدان المقصد، جنبا إلى جنب مع انخفاض تكاليف النقل والدور الكبير الذي لعبته شبكة الانترنت في عملية التسويق، وقيام بعض البلدان في الدمج بين الرحلات العلاجية وأنماط أخرى من السياحة، وظهرت شركات عديدة تقوم بعملية الربط بين المرضى والوجهات المحتملة والمستشفيات والمقاصد السياحية (John Connell, 2006). فتكلفة العملية على سبيل المثال في الهند أوتايلند تعادل تقريباً (١٠%) مما هو عليه الحال في الولايات المتحدة وأوروبا الغربية وأحياناً أقل، فاستبدال صمام القلب يكلف حوالي (٢٠٠٠٠٠) دولار في الولايات المتحدة في حين أن إجراء العملية في الهند تحتاج إلى (١٠٠٠٠) دولار شاملاً تذكرة السفر ذهاباً وإيابا مع عطلة قصيرة (CBC News Online, June 18, 2004).

وساهمت أمور أخرى كانخفاض تكاليف المعيشة وانخفاض الأجور المدفوعة سواء للأطباء أو غيرهم من العاملين في مجال الرعاية الصحية وانخفاض تكاليف النفقات الطبية والتسهيلات الحكومية وتعزيز البنية التحتية في زيادة أهمية الدول النامية في هذا المجال(Horowitz MD, Rosensweig JA, Jones CA,2007). فالهند من الدول التي وضعت تسهيلات خاصة للسياح الذين يطلبون العلاج من خلال وضع فئة معينة من التأشيرات الخاصة لتلك الفئات، وهو نوع من التسهيلات الحكومية التي تقدمها بعض الدول لتنشيط هذا القطاع، إضافة إلى استغلال شبكة الإنترنت في عمليات الترويج بشكل واسع ومنظم (ChristieM.Reed,2008). فأول مستشفى خاص افتتح في الهند في سنة (١٩٨٣) وفي سنة (٢٠٠٨) كان جزءاً من سلسلة تتكون من إحدى وأربعين مستشفى، استقبلت حوالي عشرة ملايين مريض من خمسة وخمسين دولة (ApolloHospitals home page,2008).

وعلى المستوى الوطني تسعى عدد من الحكومات في سبيل تعزيز نفسها كوجهة رئيسة للسياحة الطبية من خلال المشاركة في المعارض الدولية، وعن طريق الإعلان في الصحف في الخارج، والدعم للأنشطة كجزء من التنمية الاقتصادية، وتقوم مجموعة من الشركات بوضع ترتيبات لتقد

الخدمات وتوفير معلومات على شبكة الإنترنت، حول الخدمات المتاحة ويسعى بعض الوكلاء إلى تقديم الحزم التي تشمل الرحلات الجوية، والعلاج والفندق، والاستجمام (Neil Lunta, Percivil Carrerab 2010) أما على المستوى المؤسسي فهناك عدد كبير من المستشفيات التي تسعى للمنافسة، أصبحت تسعى وراء الحصول على الاعتماد الدولي لاجتذاب المرضى، واعتماد خطط للرعاية الصحية التي تتميز بالجودة وانخفاض التكلفة، وكفاءة المهارات وكثافة التسويق، فهونغ كونغ من الدول التي سعت إلى الاعتمادية في المملكة المتحدة منذ عام (٢٠٠١) وكان هذا عاملاً رئيساً في تطوير السياحة العلاجية في هونغ كونغ وهو نفس الهدف التي تسعى إليه ماليزيا لتطوير سياحتها العلاجية.

تعد التكلفة والجودة من أهم العوامل التي تحدد للمرضى عوامل اختيار الوجهات الطبية لتلقي العلاج، لكن العديد من المرضى ينظرون كذلك إلى وسائل الراحة المتوفرة عادة في المنتجعات والفنادق، فالهند كما تم الإشارة سابقاً، من أهم وجهات السياحة الطبية في العالم وتتميز بتكلفة قليلة وجودة عالية، وتستخدم فيها اللغة الانجليزية على نطاق واسع، وفيها العديد من المستشفيات المعتمدة من قبل اللجنة الدولية المشتركة (Joint Commission International (JCI، ويوجد العديد من المستشفيات التي تقدم حزمة شاملة تتضمن الإجراءات الطبية وتكاليف العلاج والإقامة بالفنادق، وكذلك تتميز بالعنصر البشري من خلال الأطباء أصحاب الكفاءات العالية، والأمر ينطبق على تايلند التي تعتبر مقصداً للسياحة الطبية وتنافس الهند في الأسعار والجودة، وتتميز ببنية تحتية أفضل ومظاهر الفقر أقل، وكذلك الحال في سنغافورة التي تستخدم فيها اللغة الانجليزية على نطاق واسع، ولديها مستشفيات ذات جودة عالية ومعتمدة من قبل اللجنة الدولية.

الانخفاض النسبي في الأسعار لا زال يجعل الأردن الوجهة الرئيسة للسياحة العلاجية في الشرق الأوسط، ولكن أحياناً يقف عائق المنافسة في الأسعار عائقاً أمام مجموعة من الدول للمنافسة على سوق السياحة العلاجية وتلجأ بعض الدول إلى تعويض ذلك من خلال وضع بدائل أخرى، فعلى سبيل المثال تقوم دبي باستقدام أطباء من ألمانيا لضمان معايير المهارة العالية، أو من خلال الربط مع أنشطة متنوعة كما تفعل المملكة العربية السعودية في ربط السياحة الطبية (الجراحات التجميلية وطب الأسنان) مع أنشطة للسياحة الدينية، وتحدث أنماط متنوعة من التشبيك فعلى سبيل المثال مجموعة بافاريا الطبية (Bavaria Medical Group)، وضعت خط اتصال مع الخطوط القطرية لنقل المرضى من سلطنة عمان إلى ألمانيا، وكذلك قيام أطباء مختصين بزيارات لسلطنة عمان، وتسعى عدد من الدول إلى إجراء جميع التجهيزات اللازمة للأسواق المحتملة، فعلى سبيل المثال تقوم تايلند بتدريس الموظفين اللغة اليابانية استعداداً لاستقبال المرضى اليابانيين، ويبقى عامل الكلفة واحد من أهم الأسباب المؤثرة في هذا النشاط، فعلى سبيل المثال تقوم الشركات

اليابانية في بعض المناطق بإرسال موظفيها لأجراء الفحوصات الطبية إلى تايلند وسنغافورة وهذا يشكل للشركات اليابانية تكلفة أقل بكثير من إرسالهم إلى طوكيو، وجراحة القلب المفتوح قد تكلف نحو ٧٠٠٠٠ دولار في بريطانيا ويصل المبلغ إلى ١٥٠،٠٠٠ دولار في الولايات المتحدة ولكن في أفضل المستشفيات الهندية فأن التكلفة تتراوح ما بين ٣٠٠٠ و ١٠٠٠٠ دولار (John Connell,2006)

في كثير من الأحيان يكون السفر إلى مناطق بعيدة غير مرضٍ وهذا ما يوفر فرصة لبعض الدول على النشوء في هذا المجال كتنامي السياحة العلاجية في المكسيك التي استفادت من القرب المكاني والجوار الجغرافي من الولايات المتحدة وعملت على إنشاء مستشفيات طبقاً للمعايير الأمريكية لتلبية الطلب، والحال ينطبق تماماً على تيار السياحة العلاجية من ألمانيا باتجاه بولندا ومن النمسا إلى هنغاريا، فالدول المستقبلة في الحالات السابقة امتازت بانخفاض التكلفة وارتفاع الجودة والقرب الجغرافي، وأحياناً يكون لدى مقدمو الرعاية الصحية الخارجية اعتماد دولي من قبل اللجنة الدولية المشتركة، وكذلك لدى الأفراد قدرات في استخدام الانترنت للحصول على معلومات بشأن نوعية مقدم الخدمة.

يستطيع المرضى الذين ليسوا لديهم دراية بالمرافق الصحية تنسيق معاملاتهم من خلال الوسطاء مثل وكالات السفر المختصة لضمان الجودة، ويلعب الوسطاء دوراً مهماً جداً في تحديد اتجاهات السياحة الطبية في العديد من مناطق العالم، والوسطاء يسعون لإنشاء شبكة واسعة من مقدمي الخدمات والوجهات لتلبية الاحتياجات المتنوعة من المرضى، فعلى سبيل المثال قد يحدث أن بعض المرضى يفضلون دفع مبالغ أعلى من المال مقابل السفر في وقت أقل، والبعض الآخر قد يكون على استعداد للسفر مسافات أكبر لتوفير المال.

السياحة الطبية هي عملية جمع بين مكونات الرعاية الصحية من جهة والسياحة بمفهومها الواسع من جهة أخرى والتنسيق الاستراتيجي بينهما على المستوى الداخلي وعملية التنسيق الاستراتيجي بين القطاع العام والقطاع الخاص أمر في غاية الأهمية.

تطوير منتجات الرعاية الصحية من خلال استخدام قنوات التوزيع المختلفة وتنويع البرامج والأنشطة التي تلبي رغبات المستهلكين ومستوياتهم المادية المختلفة والتركيز على المواد الطبيعية، وخلق الوعي لأهمية المستحضرات الطبيعية من خلال الجوانب التسويقية وتطوير شبكات البنية التحتية وتوجيه الرأي العام بفوائد العلاج الطبيعي.

وبشكل عام يقدم (Gahlinger, PM,2008) مجموعة من العوامل التي أدت إلى زيادة شعبية السياحة الطبية على مستوى العالم نستطيع تلخيصها بما يأتي:

- ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية

- طول فترات الانتظار للحصول على الخدمات الصحية.
- سهولة عملية السفر.
- اعتدال ومعقولية أسعار السفر الدولي.
- التحسينات التكنولوجية.
- اعتماد معايير الرعاية في عدد كبير من البلدان.

فارتفاع تكاليف الرعاية الصحية وطول فترات الانتظار في مجموعة من الدول وانخفاض التكاليف وارتفاع الطاقة الاستيعابية نسبياً - بسبب أنظمة الرعاية الصحية في مجموعة من الدول حيث تتولى الدولة تغطية الرعاية الصحية لأفرادها عن طريق المستشفيات التابعة للدولة- إضافة إلى توفر الكوادر البشرية مما ينتج تباين بين الدول المرسلة والدول المستقبلة تتولد عنه حركة للأفراد، وكذلك شجعت سهولة عملية السفر وتخفيف القيود واعتدال أسعار السفر الدولي على انتقال الأفراد طلباً للرعاية الصحية في ضوء التحسينات التكنولوجية التي طرأت على الأنظمة الصحية في مجموعة من المستشفيات في دول العالم النامي رافقها سعي تلك المؤسسات الطبية على الحصول على الاعتماد الدولي ضمن مجموعة من المعايير.

ومن خلال ما سبق نستطيع حصر مجموعة من العوامل التي أسهمت بشكل مباشر أو غير مباشر في تطوير السياحة العلاجية في مجموعة من الدول، وبلا أدنى شك فإن انخفاض تكاليف العلاج، وكفاءات الأطباء أهم تلك العوامل، إضافة إلى جهود بعض الدول في الارتقاء في خدمات البنية التحتية ووضع تسهيلات تتعلق بسهولة الحصول على التأشيرات، والمشاركة في المعارض الدوليّة، وجهود المستشفيات في الارتقاء بجود الخدمة والسعي للحصول على الاعتمادية الدولية، إضافة إلى إقامة التحالفات الإستراتيجية والشراكات مع مجوعة من الأطراف،والسعي لوضع برامج وحزم شاملة تشمل النقل والعلاج والإقامة والجولات السياحية.

٢-٥ أهمية السياحة العلاجية

يعد قطاع السياحة العلاجية من القطاعات المهمة في اقتصاديات عدد من الدول نظراً لما تحدثه من تغير وانعكاس على الواقع الاقتصادي للمجتمع، لذا فإن العديد من الدول ومن بينها الأردن والتي سعت بشكل خاص إلى تنمية وتحسين قطاع السياحة بشكل عام والسياحة العلاجية بشكل خاص، نظراً لمجمل الانعكاسات الإيجابية، فهو يسهم بشكل واسع في مجال خلق الوظائف وفرص العمل سواء بشكل مباشر في المستشفيات والمنتجعات العلاجية والمراكز الطبية المختصة أو بشكل غير مباشر من خلال الخدمات المساندة التي ترتبط بمنظومة القطاع السياحي أو من خلال معدلات الإنفاق للسائح سواء بالحصول على الخدمات العلاجية أو من خلال الإنفاق في القطاعات المساندة والتي تزيد من احتياط العملات الأجنبية، وكذلك الأثر غير المباشر للقطاع السياحي في تنشيط القطاعات الاقتصادية الأخرى، فالعلاقة بين نمو هذا القطاع والخدمات المساندة علاقة تكاملية.

إن عملية الاستثمار في هذا القطاع(السياحة العلاجية) هو وسيلة لزيادة الدخل وتحسين الخدمات، وتوليد عائدات النقد الأجنبي، وخلق توازن أكثر ملائمة للتجارة، ودعم السياحة بشكل عام، ومن الأهداف التي تسعى لتحقيقها هذه الأطروحة التعرف على العوامل المؤثرة في تنمية السياحة في المملكة الأردنية الهاشمية والتي يمكن الإجابة عليها من خلال جمع البيانات من مستشفيات القطاع العام والخاص والهيئات الحكومية والمؤسسات الطبية.

فهناك العديد من الدول التي تسعى لأن تكون مناطق جذب لهذا النمط من السياحة، والأردن من بين تلك الدول التي تسعى لأن تكون منطقة جذب رئيس في المنطقة نظراً لأهمية هذا النشاط الاقتصادية.

هذا النمط من السياحة له دور كبير في العديد من اقتصاديات دول العالم، والعديد من بلدان العالم الثالث ترى في السياحة الطبية منجم من الذهب لذا يتم الترويج لها بقوة، وهذا ما يؤدي أيضا إلى زيادة المنافسة في هذه الصناعة، فصناعة السياحة الطبية تولد الآن حوالي (٦٠) مليار دولار سنويا في جميع أنحاء العالم ومن المتوقع أن الدخل السنوي المتولد من السياحة الطبية في آسيا قد يصل إلى (٤,٤) مليار دولار بحلول (٢٠١٢).(Vincent C.S. Heung, and other, 2010) أما على المستوى العالمي فإن الرقم سيرتفع إلى (١٠٠) مليار دولار بحلول عام (٢٠١٢).

ولا شك بأن هناك مجموعة من العوامل كالظروف الاقتصادية والمناخ السياسي والسياسات التنظيمية تؤثر في اختيار الفرد للوجهة أو البلد التي يسعى للبحث عن العلاج فيها في حين أن عوامل كالتكاليف، واعتماد المستشفيات، ونوعية الرعاية، وكفاءة الأطباء، والبنية التحتية، والعلامات التجارية، وقنوات الاتصال، والوسطاء، ومجموع المعلومات التي تم جمعها من

المواقع الإلكترونية والصحف والمجلات تؤثر في اختيار المنشأة الطبية (Vincent C.S. Heung, and other, 2010).

وتعد السياحة العلاجية من أسرع الصناعات نمواً في مجال الرعاية الصحية في ضوء البحث عن جودة عالية وتكاليف معقولة، وهذا ما يدفع العديد من الأفراد وشركات التأمين الصحي إلى التفكير بالسياحة العلاجية كحل مناسب لأزمة العناية الصحية من خلال السفر إلى وجهات عدة حول العالم لتلبية احتياجاتهم، بالمقابل فإن قرار البحث عن العناية الصحية خارج حدود الدولة ليس بالقرار السهل، فالمريض سيجد نفسه في منطقة غير مألوفة له وينقصه الكثير من المعلومات عن تلك الأماكن.

السياحة العلاجية سلعة تصديرية ومن أهم مصادر توفير العملات الأجنبية للأردن، والقطاع الصحي من أكثر القطاعات جذباً للسياحة لذا لا بد من العمل وبشكل جماعي على عدة جوانب رئيسة تشمل:

- الجوانب القانونية والتشريعية من أجل رفع الكفاءة وزيادة القدرة التنافسية لهذا القطاع.
- الجوانب المتعلقة بمقدمي الخدمة من خلال تطوير الخدمات المقدمة سعياً للوصول إلى المعايير الدولية ورفع كفاءة الكوادر البشرية.
- الجوانب التسويقية من خلال زيادة الإنفاق وتوحيد الجهود وإيجاد قنوات توزيع متعددة.
- جانب الأنشطة والخدمات المساندة من خلال توليف الأنشطة الداعمة مع بعضها البعض ورفع كفاءة الخدمات المساندة والارتقاء بها كماً ونوعاً.

وعلى الرغم من وجود عدد من البلدان التي تقدم العلاج بتكلفة قليلة إلا أنها لا توجد بيانات دقيقة عن تدفقات السياحة العلاجية بين الدول، والسبب في ذلك يعود لأن جزءاً كبيراً من السياحة الطبية يحصل عن طريق الطلبات الخاصة والفردية للرعاية الصحية، ويساعد في ذلك زيادة القدرة للأشخاص واستعدادهم للسفر.

وفقاً لـ (Harahsheh.2002) عن (Pollock and Williams.2000) فإن هناك مجموعة من الدوافع التي تقف وراء نمو السياحة الصحية، فالأشخاص أصبحوا أكثر اهتماماً في تحسين سلامتهم البدنية والنفسية، إضافة إلى زيادة التوتر وحجم العمل، وتزايد عدد كبار السن وبالتالي زيادة الاضطرابات في الجسم وظهور أعراض الروماتيزم والتهاب المفاصل والأمراض الجلدية لذا زاد الطلب على المنتجعات الصحية.

٢-٦ الدراسات السابقة:

كانت السياحة العلاجية موضع اهتمام ودراسة من قبل عدد من الباحثين والدارسين فمن الدراسات العربية التي تناولت هذا الموضوع دراسة المعايعة عام (١٩٩٥) بعنوان "جغرافية السياحة العلاجية في الأردن " هدفت الدراسة إلى بيان أهمية السياحة العلاجية والتوزيع المكاني لها، والمقومات البشرية والطبيعية لهذه المواقع، كما هدفت إلى تحليل الخصائص الاجتماعية والديمغرافية والاقتصادية والصحية للمرتادين، وأشارت الدراسة إلى أن الإناث هم الأكثر ارتياذا للمناطق العلاجية مقارنة بالذكور، بسبب ارتفاع نسبة إصابتهن بأمراض الروماتيزم والمفاصل، وإلى ارتفاع معدل إقامة المرتادين في مناطق الدراسة حيث وصلت إلى(١١) يوم .

وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج مفادها أن مناطق السياحة العلاجية في الأردن تنحصر في منطقتي الحمة الأردنية والشونة الشمالية، بسبب افتقار المناطق الأخرى للخدمات والمرافق العلاجية والطبية، كما توصلت إلى مجموعة الدوافع الثانوية التي تحفز السائح للبحث عن الراحة والاستجمام والاستمتاع بالطقس والمناظر الطبيعية، وأوصت الدراسة بضرورة تشجيع الاستثمار في مشاريع وخدمات البنية التحتية في المواقع العلاجية.

كما تناولت عدد من الدراسات العوامل المرتبطة بالرضا عن الخدمات المقدمة مثل دراسة العدوان وعبد الحليم عام (١٩٩٧) بعنوان " العوامل والتغيرات المرتبطة بالرضا عن الخدمات المقدمة في المستشفيات عند المرضى المقيمين فيها" وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العوامل المرتبطة بالرضا عن الخدمات المقدمة في المستشفيات وتكونت عينة الدراسة من (٨٠) من المرضى المقيمين في هذه المستشفيات، بنوعيها العام والخاص وفي مختلف محافظات الأردن. وتوصلت الدراسة أن مستوى الرضا عن الخدمات مرتبط بعوامل أهمها نظافة المستشفى، ووجود تأمين صحي، واهتمام الطبيب في أثناء العلاج، وطول فترة الانتظار بين الموعد الفعلي ووقت العلاج، كما وجدت الدراسة بأن معاملة موظفي المستشفى لها ارتباط إيجابي بمستوى الرضا عن الخدمات، كما تبين من عملية التحليل الإحصائي أن عاملي نوع المستشفى ونظافة المستشفى، كان لهما أكبر الأثر في تحقيق درجة الرضا، حيث أسهمت وحدها في تفسير ما يزيد على(٣٨%) من التباين في المتغير التابع، وجاءت عوامل التأمين الصحي، ومعاملة موظفي المستشفى، واهتمام الطبيب في أثناء العلاج في المرتبة الثانية، والتي أسهمت بتفسير ما نسبته (٥%) من التباين، وأوصت الدراسة بضرورة قيام إدارة المستشفيات باعتماد أقصى درجات النظافة للمرافق العلاجية والخدمية مثل : نظافة الأسرة والغرف، والاهتمام بتدريب موظفي المستشفيات (الإداريين والممرضين والفنيين) على كيفية معاملة المراجعين والمرضى بطرق حضارية، وخلصت الدراسة

إلى بعض التوصيات التي تصب في رفع مستوى الرضا عن الخدمات المقدمة للمقيمين في مثل هذه المستشفيات.

أما دراسة مشربش، (٢٠٠٨)، والتي جاءت بعنوان "العوامل المؤثرة على مدى رضا السياح عن السياحة العلاجية في الأردن" فهدفت إلى التعرف على العوامل المؤثرة على مدى رضا السياح عن الخدمات الصحية المقدمة للسائح والمرافقين له في الأردن، وشملت عينة الدراسة المقيمين في المستشفيات الخاصة في مختلف أنحاء العاصمة، وأشارت نتائج الدراسة إلى توافر مقومات السياحة العلاجية في الأردن وكان من بين المقومات الموقع الجغرافي والمناخ وبالذات في فصل الشتاء إضافة إلى الطبيعة الجغرافية المتنوعة وقد أدت هذه المقومات إلى توافر أماكن علاجية طبيعية يمكن للسائح ارتيادها في أوقات مختلفة من السنة، كما أشارت إلى مجموعة من العوامل الأخرى المختصة، كالخصائص الطبيعية ووجود المراكز العلاجية وتنوع الخدمات الطبية التي تشكل احد المقومات للسياحة العلاجية من وجهة نظر السياح. وأوصت الدراسة بتطوير البنية التحتية للمنتجعات السياحية العلاجية وإجراء التحسينات على الخدمات العلاجية و الخدمات المساندة والقيام بحملات ترويجية وتسويقية في الأسواق الجديدة المحتملة والى تشكيل مجلس طبي سياحي يشمل القطاعات العاملة كافة، والمعنية بالسياحة العلاجية بهدف تنسيق الجهود والإشراف على هذا القطاع.

وحاولت دراسة نصيرات عام (١٩٩٨) بعنوان " المعايير التي يستخدمها مستهلكو الخدمة الصحية (المرضى) عند اختيارهم لمستشفى لتلقي العلاج في الأردن " وهدفت إلى الكشف عن مدى استخدام المرضى لمعايير محددة عند اختيارهم لمستشفى لتلقي العلاج، وقد استخدمت الدراسة العلاقة التأثيرية بين مجموعة من المتغيرات المستقلة (جودة الخدمة الصحية، وسعر الخدمة، والتأمين الصحي، وتوصية الطبيب المعالج ، وتوصية الأصدقاء والأقارب، والبيئة الداخلية والخارجية للمستشفى، وخدمات الطوارئ في المستشفى،والصورة الاجتماعية المكونة مسبقًا لدى المريض عن المستشفى)، وأجريت هذه الدراسة على عينة مكونة من (٣٠٠) مريض من المرضى المنومين (patients In) في المستشفيات الخاصة في الأردن والتي بلغت (٣١) يمثلون مجتمع الدراسة، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج منها أن المرضى المتعاملين مع المستشفيات الأردنية يستخدمون معايير محددة عند اختيار المستشفى وهذه العوامل هي : جودة الخدمة العلاجية، وخدمات الطوارئ في المستشفى، والبيئتين الداخلية والخارجية للمستشفى، كما وجدت مجموعة أخرى من المعايير أقل أهمية تمثلت في توصية الأقارب والأصدقاء، والتأمين الصحي، وخلصت الدراسة بضرورة التركيز على الجودة كعامل مهم في الاختيار من وجهة نظر المرضى.

أما دراسة نصيرات والضمور عام(٢٠٠٠)، بعنوان" مدى التشابه والتباين بين المرضى والإداريين حول مكونات جودة الخدمة الاستشفائية " فهدفت إلى تحديد الاختلافات في الأهمية النسبية لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية بين الإداريين وجمهور المرضى، في القطاع الصحي الخاص الأردني، وتحديد مدى التباين بين كل منهما على أساس بعض الخصائص والديمغرافية للمرضى وبعض الخصائص والديمغرافية للإداريين، واستخدمت الدراسة نوعين من العينات، عينة ملائمة من جمهور المرضى من مستشفيات القطاع الخاص بلغ عددها (٢٣٥) عنصراً، وبلغ عدد المستجيبين منها نحو (١٧١) أما العينة الأخرى فقد كانت من الإداريين العاملين في تلك المستشفيات، وبلغ عددهم (١٥٠) عنصرًا على اختلاف مستوياتهم الوظيفية، بلغت نسبة المستجيبين منهم (٩١) عنصرًا، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها عدم معنوية الخدمات الفندقية في المستشفيات وأنها ليست ذات اهتمام من قبل عينات الدراسة، بينما جاءت الخدمات الفنية والمهنية المساندة المتوفرة في المستشفيات موضع اهتمام للمرضى وللإداريين، على أنها مكون للحكم على جودة الخدمات الاستشفائية، كما بينت الدراسة ارتفاع الأهمية النسبية للتفاعل الإنساني لدى عينات الدراسة، باعتباره مكونًا مهمًا أيضا لُجودة الخدمة الاستشفائية.

من جانبٍ آخر بينت الدراسة وجود اختلاف في التمييز بين جمهور المرضى المشمولين بالدراسة حول أهمية إدراكهم لمكونات الخدمة العلاجية عند تصنيفهم على أساس مستوى الدخل أو مستوى التعليم ، بينما لم تظهر أية اختلافات ذات أهمية في التمييز بينهم عند تصنيفهم على أساس الجنس، كما بينت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة في التمييز بين الإداريين المشمولين بالدراسة، حول الأهمية النسبية المعطاة لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية عند تصنيفهم على أساس المركز الوظيفي أو مستوى التعليم وأوصت الدراسة بضرورة تحسين جودة الخدمة الاستشفائية لدى المرضى والإداريين ، وفهم مكونات هذه الجودة وإدراكها بصورة يمكن من خلالها، بناء الصورة الذهنية المحببة والجذابة للمرضى، كما أوصت بإعادة النظر بالأهمية المعطاة من قبل عينات الدراسة لبعض مكونات جودة الخدمة الاستشفائية، وبخاصة فيما يتعلق بمعيار الخصائص الفندقية.

وركزت أبحاث أخرى على دراسة أثر عناصر المزيج التسويقي كدراسة الضمور ونصيرات عام (٢٠٠٤) تحت عنوان " تأثير عناصر المزيج التسويقي، على اجتذاب المرضى العرب للعلاج في المستشفيات الأردنية" ، والتي هدفت إلى معرفة وتحديد أثر عناصر المزيج التسويقي للخدمة الاستشفائية، في اجتذاب المرضى العرب للمستشفيات الأردنية كمكانٍ مفضلٍ لتلُقي العلاج، وإلى معرفة حجم اختلاف تأثير تلك العناصر على قرار الاختيار، باختلاف العوامل الديمغرافية للمرضى، وقد تم أخذ عينة ملائمة من المرضى العرب، الذين تلقوا العلاج في المستشفيات

الأردنية بلغت (١٤١) مريضًا، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأهمية النسبية لعناصر المزيج التسويقي من حيث قدرتها على اجتذاب المرضى، فقد حصل عامل الخدمات والعاملين، وعامل سهولة المنال على الترتيبين الأول والثاني على التوالي، بينما حصل عاملا الترويج والسعر على أهمية متدنية، كما أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالات إحصائية في أهمية بعض عناصر المزيج التسويقي على أساس عامل التعليم والعمر، ولم تظهر الدراسة أي فروق ذات دلالة على أساس الجنسية والجنس، وقدمت الدراسة بعض التوصيات والتي من شأنها اجتذاب المرضى العرب للعلاج في المستشفيات الأردنية.

أما دراسة النسور (٢٠٠٦) بعنوان "تطوير إستراتيجية تسويقية لتنمية السياحة العلاجية في الأردن" فهدفت إلى تحليل الصفات، والخصائص، والأنشطة التي يتمتع بها قطاع السياحة العلاجية في الأردن، وذلك من أجل استخدامها في تطوير الإستراتيجية التسويقية المناسبة لهذا القطاع، من خلال إبراز عناصر المزيج التسويقي في قطاع السياحة العلاجية في الأردن (الخدمة العلاجية المتاحة ، والتسعير، والترويج ، والتوزيع، وخصائص المشتري القادم للعلاج، وخصائص الكوادر الطبية المعالجة ، والمظهر المادي للخدمة العلاجية، والسياسات الحكومية المتعلقة بتنظيم القطاع) واستهدفت الدراسة من أربع مجتمعات هي مجتمع المستشفيات الخاصة في الأردن، ومجتمع المرضى الأجانب الذي يتلقون العلاج في المستشفيات الخاصة، ومجتمع الأطباء العاملين في المستشفيات الخاصة، وأخيرًا مجتمع المؤسسات الحكومية وشبه الحكومية العاملة على إدارة وتنظيم قطاع السياحة العلاجية في الأردن،وبناءً على النتائج، قامت الدراسة بصياغة إستراتيجية تسويقية للقطاع تتضمن مجموعة من الأهداف التسويقية، وتحليلاً للأسواق المستهدفة والمنافسة في السوق، كما تضمنت مجموعة من البدائل التي يمكن من خلالها الدخول والتركز في الأسواق المستهدفة، و اقترحت مجموعة من آليات العمل التي يمكن من خلالها تنفيذ تلك الإستراتيجية.

ومن الدراسات التي هدفت إلى تقييم مستوى الخدمة، دراسة الشلبي عام (١٩٩٩) بعنوان "مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الأردنية: دراسة تقييميه من وجهة نظر الأطباء العاملين فيها " وهدفت إلى استطلاع أراء الأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية الأردنية في مراكز المحافظات لتقييم مستوى الخدمات الصحية في الأردن، سواء أكان ذلك متعلقًا بالمباني، أم الكوادر الطبية، والعلاجات والأدوية، والإجراءات الإدارية، والتجهيزات والمنافع الطبية وغير الطبية. وتكون مجتمع الدراسة من جميع الأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية في مراكز المحافظات وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج من أهمها فاعلية متغيرات مواقع مباني المستشفيات الحكومية في مراكز المحافظات، وخدمة الصيدليات وكفاية الأدوية وفعاليتها، والتجهيزات الطبية

والمختبرات، وارتفاع مستوى تأهيل الكوادر الطبية، إضافة إلى تأثير الإجراءات الإدارية على مستوى الخدمة الصحية.

أما دراسة وزارة التخطيط والتعاون الدولي عام (٢٠٠٤) بعنوان " تنافسية عنقود السياحة العلاجية " فهدفت إلى تخمين الموقع الحالي لقطاع السياحة العلاجية في الأردن، وقياس قدرته على تصدير خدماته العلاجية، كما حاولت هذه الدراسة صياغة مسودة إستراتيجية لتنمية وتطوير هذا القطاع، وأشارت الدراسة أن عدد المرضى العرب وصل عام (٢٠٠٢) إلى نحو (١٠٩)آلاف مريض، وبلغ معدل إنفاق المريض الواحد (٥,٥) آلف دولار، كما بينت الدراسة وجود مجموعة من الإمكانات المادية والكوادر الطبية والتجهيزات المتوفرة في القطاع، وقد استخدمت الدراسة عددًا من الأساليب الإحصائية الوصفية في تحليل البيانات التي تم الحصول عليها من الاستبانة الموزعة على المرضى العرب القادمين للعلاج في الأردن، في محاولة لقياس درجة رضاهم عن مستوى الخدمة الصحية المقدمة لهم، والتعرف على خصائصهم والديمغرافية، وأسباب قدومهم للعلاج، إضافة إلى بيان المعيقات التي واجهتم في أثناء تلقي العلاج، توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج من أهمها ضعف وعشوائية التسويق الموجه للأسواق ذات الدخل المرتفع، وغياب التنسيق بين القطاعات المسؤولة عن تنظيم القطاع، كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود إستراتيجية محددة يمكن الاستناد إليها للمواءمة بين المعروض من الخدمات العلاجية وحجم الطلب عليها، وأوصت الدراسة بضرورة تنسيق الجهود وتوحيدها باتجاه ترويج الخدمات العلاجية في القطاع، وكذلك ضرورة تقسيم السوق المستهدف وفقًا لطبيعة النظام الصحي فيها.

أما من الدراسات الأجنبية التي تناولت موضوع السياحة العلاجية في الأردن فهناك دراسة (Salem Harahsheh) عام (٢٠٠٢) بعنوان السياحة العلاجية في الأردن والتنمية المحتملة.

"CURATIVE TOURISM IN JORDAN AND ITS POTENTIAL EVELOPMENT"

وهدفت هذه الدراسة لمعرفة مكونات وطبيعة السياحة العلاجية في الأردن من خلال تحديد الخصائص الديمغرافية والاقتصادية لمتلقي الخدمات العلاجية في المنتجعات العلاجية في الأردن والمشاكل التي تواجههم إضافة إلى قياس درجة الرضا حول الخدمات المقدمة لهم والتعرف على إمكانيات تطوير هذا النوع من السياحة في المملكة من خلال تقديم اقتراحات وتوصيات للجهات المختصة.

مثل مجتمع الدراسة عينة ميسرة تكونت من (٢١٠) من السياح المتواجدين في ستة مواقع للسياحة العلاجية في الأردن وهي الحمة، والشونة الشمالية، البحر الميت، عفرا، البربيطة وماعين، وكشفت الدراسة عن مجموعة من خصائص أفراد العينة فالغالبية من الذكور، ومعظمهم الأعمار تزيد عن (٥٠) سنة، ومدة الإقامة تتراوح بين (٢١-٣٠) يوما، ومستوى دخولهم تتراوح بين

(١٠٠٠-٣٠٠٠) يورو، وباستثناء الأردنيين فإن معظمهم من دول الاتحاد الأوروبي وبشكل رئيس من ألمانيا والنمسا، وأظهرت أن السياح في المنتجعات العلاجية يعانون من بعض المشاكل في أثناء إقامتهم مثل النقل وإمكانية الوصول وعدم توفر أماكن للإقامة أو للخدمات العلاجية في بعض المواقع، والأسعار مرتفعة جدا مقارنة مع الخدمات المقدمة، وغياب للبرامج الترفيهية، وعدم توفر مرافق الاتصالات وأظهرت الدراسة أن السياحة العلاجية لا تزال في المرحلة التمهيدية من دورة حياة المنتج، حيث إن البنية التحتية والبنية الفوقية غير مكتملة، وهناك ضعف في خطط التنمية واستراتيجيات التسويق، وقلة اهتمام مقارنة بقيمة وآثار السياحة العلاجية، وضرورة زيادة مستوى الوعي نحو الموارد العلاجية الطبيعية ودمج السياحة العلاجية مع العلاج السريري من خلال إنشاء جمعية مختصة.

أما دراسة (الوكالة الأمريكية للإنماء الدولي) عام (٢٠٠٢) بعنوان الخدمات العلاجية في الأردن "The Jordan Medical Services" فقد هدفت لمحاولة تطوير خريطة تنافسية لبناء المقدرة التنافسية للقطاع، معتمدة في ذلك على الخصائص والإمكانات والمزايا المتوفرة في الأردن، للوقوف على أهم الاحتياجات والمتطلبات المختلفة لتطوير الميزة التنافسية للقطاع، وتحديد السياسات المختلفة التي من شانها زيادة الصادرات العلاجية للخارج، وقامت الدراسة بالربط بين قطاع الخدمات العلاجية وقطاعات المساندة مثل قطاع التأمين والتعليم والسياحة، والتي من المتوقع أن تتكامل مع بعضها لتعظيم الفائدة من الموارد والإمكانيات العلاجية المتاحة، كما بينت الدراسة أن هناك إمكانية لتحقيق الميزة التنافسية في هذا القطاع، وجدت الدراسة أن تعدد مزودي الخدمة العلاجية أدى إلى تشابه في هيكل الخدمات العلاجية، الأمر الذي يبرز الحاجة إلى التخصص، إضافة لوجود نظام لتصنيف للمستشفيات العاملة حسب مستوى جودة الخدمة المقدمة، وبينت الدراسة أن الخدمات العلاجية المحلية تواجه منافسة من عدد من الأسواق المجاورة وأوصت الدراسة بضرورة تفعيل التشريعات والأنظمة القطاعية المساندة الأخرى.

وعلى المستوى العالمي فهناك العديد من الدراسات التي تناولت موضوع السياحة العلاجية ومن تلك الدراسات دراسة (Chew Ging Lee) في عام (٢٠٠٨) بعنوان الرعاية الصحية والسياحة: شواهد من سنغافورة "Health care and tourism: Evidence from Singapore"
هدفت هذه الدراسة إلى تحليل دور قطاع الرعاية الصحية وأثرها في السياحة الدولية في سنغافورة، وتبين وجود تأثير إيجابي للرعاية الصحية على السياحة الدولية في سنغافورة في ظل الجهود الحالية التي تبذلها الحكومة لتكون سنغافورة مركز رائد في السياحة الطبية واستقطاب المزيد من السياح الوافدة على المدى الطويل.

ركزت هذه الدراسة، على دراسة العلاقة السببية بين الرعاية الصحية والسياحة الدولية لمعالجة الفجوة المعرفية من خلال مذكرة بحثية تدرس العلاقة على المدى القصير والمدى الطويل باستخدام أساليب السلاسل الزمنية، وبينت أن هناك نوعان من الطرق التي يمكن الدولة أن تؤثر من خلالهما على السياحة الدولية من خلال الرعاية الصحية الطريقة الأولى ، تتمثل بسعي الحكومات لتطوير السياحة الطبية لتعزيز صناعة السياحة، من خلال الاعتقاد بأن الجهود المبذولة يمكن أن تزيد من عدد السياح ومن حجم الإيرادات السياحية، أما الثانية من خلال توفير بيئة صحية مناسبة للزوار لتحسين وجهة نظرهم وزيادة درجة الرضا.

وأشارت النتائج إلى أن هناك علاقة سببية بين الرعاية الصحية والسياحة الدولية على المدى الطويل، وهذه النتائج في غاية الأهمية بالنسبة لصانعي السياسات لأنها تشير إلى أن تنمية قطاع الرعاية الصحية له آثار إيجابية على الدولية السياحة على المدى الطويل. مع الاعتراف بأن الرعاية الصحية هي واحدة من السمات الرئيسة في اختيار السياح، وهي واحدة من عوامل النمو الرئيسية لاقتصاد سنغافورة.

و هناك دراسة (Vincent C.S. Heung, Deniz Kucukusta, Haiyan Song) في عام (٢٠٠٩) بعنوان تنمية السياحة الطبية في هونغ كونغ : تقييم الحواجز.

(Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers)

وهدفت هذه الدراسة إلى تحليل وشرح العوامل المؤثرة في تطوير السياحة الطبية في هونغ كونغ من خلال الكشف عن العوائق التي تعترض تطوير صناعة السياحة الطبية، واعتمدت الدراسة على أسلوب البحث النوعي من خلال جمع بيانات عن طريق المقابلات من ممثلي القطاعين العام والخاص والمستشفيات والهيئات الحكومية، وتم تحليل البيانات على ثلاث مراحل، تسجيل المقابلات على أشرطة صوتية وتحليل المحتوى، ثم عملية الترميز ضمن فئات والجمع بين الفئات ذات الصلة، وفي المرحلة الثالثة والنهائية، تحديد إطار واسع من العوامل يعيق تطوير السياحة الطبية في هونغ كونغ.

وبينت نتائج الدراسة أن هناك مجموعة من المزايا لقطاع السياحة الطبية في هونغ كونغ تمثلت بوجود مستشفيات تعمل وفقا لأعلى المعايير كما تعتبر هونغ كونغ مركزا للطب الصيني التقليدي أما أبرز العوائق فتمثلت بارتفاع تكاليف الحياة، فمدينة هونغ كونغ مدرجة بوصفها المدينة الثانية الأكثر كلفة في العالم و بالتالي فهي الحاجز الرئيسي لتنمية السياحة العلاجية إضافة إلى ارتفاع الرواتب، وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية وعدم وجود تطور على الفكر التنظيمي للمستشفيات في هونغ كونغ، وضعف في البنية التحتية، وارتفاع أسعار الأراضي، وعدم كفاية الدعم والتسهيلات الحكومية، ولاسيما بالنسبة للمرافقين، إضافة للقيود المفروضة على التسويق من

خلال شبكة الإنترنت من خلال القواعد الصارمة للمجلس الطبي. ومحدودية عدد المختصين، ونقص في عدد الممرضات وضعف الأنشطة التعاونية بين المستشفيات والفنادق.
وقدمت الدراسة مجموعة توصيات، تشكل مجموعة من الاقتراحات لرفع الحواجز التي تعيق تطور السياحة الطبية في هونغ كونغ، عن طريق تشجيع الاستثمار المحلي والأجنبي في قطاع الرعاية الصحية، وخفض قيود التأشيرات، والإعفاءات الضريبية، وضرورة إجراء مزيد من الدراسات لجمع البيانات من السياح للحصول على المعلومات من وجهة نظر متلقي الخدمة، وتحديد الاحتياجات الأساسية لهؤلاء السياح.

معظم الدراسات المحلية السابقة فصلت في دراسة السياحة الصحية بين مواقع السياحة العلاجية الطبيعية (Curative Tourism) والسياحة الطبية (Medical Tourism)، ومعظمها ركزت على جانب السياحة الطبية وأهملت مواقع العلاج الطبيعي، على الرغم من أهميتها ودورها الرئيس في تنمية وتطور السياحة الأردنية وركزت هذه الدراسات في معظمها على دراسة مدى الرضا من قبل المستهلك ومستوى الخدمات المقدمة وتأثير عناصر المزيج التسويقي والإستراتيجية التسويقية من قبل المستهلك وذهبت دراسة وزارة التخطيط إلى تخمين الموقع الحالي لقطاع السياحة العلاجية في الأردن ، وقياس قدرته على تصدير خدماته العلاجية، أما هذه الدراسة فتأتي استكمالاً لما قام به الباحثون السابقون وتتميز هذه الدراسة:

- بنظرتها الشمولية التكاملية، حيث ستدرس جميع الأطراف ذات العلاقة في السياحة العلاجية من مؤسسات طبية إلى مواقع طبيعية إضافة إلى متلقي الخدمة وإدارة المستشفيات والأطباء والجهات الحكومية والخاصة المعنية بالسياحة العلاجية.
- تقييم أداء المؤسسات العاملة في السياحة العلاجية من خلال تقييم محاور القيادة والتخطيط الاستراتيجي وإدارة الموارد وتقييم أنظمة التسويق في تلك المؤسسات.
- تقييم دور القطاعين العام والخاص في تطوير وتنشيط السياحة العلاجية وتقييم الأنظمة والتشريعات المتعلقة بنمو هذا القطاع.
- تحديد نقاط القوة ونقاط الضعف وتحديد الفرص والتهديدات للسياحة العلاجية في الأردن من وجه نظر الأطراف المشاركة من خلال تحليل سوات.
- دراسة الاستراتيجيات التنافسية وأنظمة التشبيك لهذه المؤسسات.

- دراسة وتقييم الموضوع على المستوى الوطني من خلال البحث عن العوامل المؤثرة في الميزة التنافسية للسياحة العلاجية في الأردن والبحث عن الأسباب التي تقف وراء اختيار الأردن لتلقي الخدمات العلاجية الطبية والاستشفائية، وتقييم درجة رضا متلقي الخدمة (الطبية والاستشفائية) لمستوى الخدمات التي حصلوا عليها.
- البحث في العلاقة بين درجة الرضا والرغبة في تكرار الزيارة أو التوصية بالزيارة.

٢-٧ المقومات الطبيعية والبشرية للسياحة في الأردن.

تتوفر في المملكة الأردنية الهاشمية مجموعة من المقومات الطبيعية والبشرية، التي تؤهلها لاحتلال موقع مهم في خريطة السياحة الدولية ومن تلك المقومات:

٢-٧-١ المقومات الطبيعية

٢-٧-١-١ الموقع الجغرافي:

تقع المملكة الأردنية الهاشمية في منطقة متوسطة بين قارات العالم القديم، ويشكل موقعه حلقة وصل بين مجموعة من الدول، مما يعطيه ميزة إضافية على المستوى الإقليمي تنعكس على سهولة الوصول إليه، فموقعه يتوسط مجموعة من الدول ذات الحراك السياحي الكبير، سواء أكانت مصدرة أو مستقبلة للحركة السياحية.

٢-٧-١-٢ المناخ والتضاريس:

يقع الأردن فلكياً بين دائرتي عرض (٢٩,١١ و٣٣,٢٢) شمال خط الاستواء (في المنطقة الانتقالية بين المنطقة الحارة والمنطقة المعتدلة) وبين خطي طول (٣٤,٥٩ و٣٩,١٨) شرق خط غرينتش، وهذا الموقع من الناحية المناخية يجعل الأردن جزءاً من المناطق المدارية في الصيف وجزءاً من المناطق المعتدلة في الشتاء، وعلى الرغم من صغر مساحة الأردن إلا أنه يحتوي على تنوع تضاريسي كبير، والتي تعد أكثر العوامل الجغرافية التي تؤثر على التباين المكاني لعناصر المناخ في الأردن، فالتوزيع الجغرافي يأخذ نطاقات طولية من الشمال إلى الجنوب وتتطابق مع مظاهر السطح الرئيسة (شحادة، ١٩٨١).وهذا التباين انعكس على التنوع المناخي وتعدد الأقاليم المناخية وسرعة الانتقال من نمط إلى آخر.

٢-٧-١-٣ التنوع الحيوي:

يعد الأردن من الدول الغنية بتنوعها الحيوي ففيها العديد من النباتات الوعائية والنباتات المستوطنة، كما يوجد بها العديد من الأنواع النادرة المهددة بالانقراض حسب الاتحاد الدولي لصون الطبيعة، كذلك يعد الأردن من أهم ممرات الطيور المهاجرة (الجمعية الملكية لحماية الطبيعة). وهذا التنوع يعطي ميزة إضافية للأراضي الأردنية للعديد من الزائرين الذين يأتون بشكل خاص لمراقبة هجرة الطيور أو الاطلاع على التنوع الحيوي.

٢-٧-١-٤ مواقع العلاج الطبيعي:

وهب الله الأردن العديد من المواقع الطبيعية العلاجية فيوجد في الأردن العديد من مواقع المياه المعدنية الحارة موزعة على مختلف مناطق الأردن، مما يشكل بيئة خصبة لقيام سياحة استشفائية على نطاق واسع بسبب الخصائص العلاجية لمياه تلك المناطق إلا أن العديد من تلك المواقع لم يجد العناية الحقيقية التي يستحقها سواء بالاهتمام الإعلامي أو التسويقي أو في توفير البنية التحتية أو الاستثمار ومن هذه المناطق:

- حمامات ماعين والزارا في منطقة وسط الأردن.
- المياه المعدنية في غور الأردن الجنوبي وتشمل نبع حسبان وآبار وادي الكفرين .
- المياه المعدنية في غور الأردن الشمالي وتشمل آبار الشونة الشمالية ووقاص والمنشية وأبو زياد ومنطقة الحمة(المخيبة) ومنطقة أبو ذابلة.
- مياه منطقة الأزرق.
- وادي نهر الزرقاء ويشمل نبع حمة جرش ونبع دير علا.
- ينابيع حمامات وادي عفرا (الطفيلة).
- ينابيع حمامات وادي الحسا (أبو ربيطة).
- حمامات ويدعه (سفوح جبال الكرك المؤدية إلى منطقة الأغوار).
- حمامات وادي ابن حماد.
- البحر الميت.

٢-٧-٢ المقومات البشرية

٢-٧-٢-١ الكفاءات البشرية والمستوى التعليمي:

خطا الأردن خطوات واسعة في السنوات الماضية في زيادة عدد المؤسسات التعليمية ببعديها الكميّ والنوعي وسعى إلى تجذير ثقافة التميز والإبداع والبحث العلمي، فانتشرت المدارس والمعاهد والجامعات في معظم مناطق الأردن، وتنوعت في التخصصات المقدمة وفي درجات الشهادات الممنوحة، ونتيجة لكفاءة هذه المخرجات التعليمية انعكست صورة تلك المخرجات على كفاءة الموارد البشرية اللازمة كاستجابة لمتطلبات سوق العمل، ويتميز الأردن بمهاراته البشرية المنتجة وعالية الكفاءة.

٢-٧-٢-٢ عوامل الأمن والاستقرار:

تقع الأردن في منطقة امتازت لعقود طويلة بالاضطراب السياسي، وعلى الرغم من ذلك استطاع الأردن الحديث أن يحافظ على أمنه واستقراره، بفضل قيادته التي أرست دعائم الأمن والاستقرار في هذه المنطقة وتعاملت مع الأزمات الإقليمية والدولية بمنتهى الحكمة، فأصبح عامل الأمن والاستقرار سمة أساسية للأردن، والمكان الأمثل والأكثر أماناً في دول المنطقة.

٢-٧-٢-٣ التسهيلات والخدمات السياحية:

حقق الأردن قفزات كمية ونوعية في مجال الارتقاء بالخدمات السياحية والتي تزامنت مع النهضة التي يشهدها الأردن في مختلف المجالات ولتلبي حاجة السوق ومتطلباته في ضوء الدور الذي يلعبه القطاع السياحي في دعم الاقتصاد الوطني وتوفير فرص العمل لفئة كبيرة من القوى العاملة، والجدول (١) يوضح حجم التطور الذي طرأ على مجموعة من الفعاليات.

الجدول ١. تطور عدد من الفعّاليات السياحية في الفترة الزمنية (٢٠٠٤-٢٠١٠)

الرقم	الفعالية	٢٠٠٤	٢٠٠٦	٢٠٠٨	٢٠١٠
١	الفنادق المصنفة وغير المصنفة	٤٦٣	٤٧٦	٤٨١	٤٩٠
٢	عدد الغرف في الفنادق	١٩٩٤٥	٢١٦٠٩	٢٢٥٠٧	٢٤٤٠١
٣	عدد الأسرة في الفنادق	٣٨٦٥٨	٤٢٠٢٩	٤٣٩٢٢	٤٦٨٦٠
٤	المطاعم السياحية	٤٤٨	٦٠٢	٧٧٦	٨٠٤

مصدر البيانات: وزارة السياحة والآثار الأردنية

٢-٧-٢-٤ تطور وسائل النقل والارتقاء في البنية التحتية:

يعتبر قطاع النقل أحد أهم العوامل المؤثرة في تنمية وتنشيط القطاع السياحي، ولا بد من الإشارة إلي التطور الكبير الذي شهدته المملكة في تطوير خدمات النقل من خلال شبكة الطرق المعبدة التي وصلت إلى (٣٢٣١كم) كطرق رئيسة و(٢١٣٩كم) كطرق ثانوية (وزارة الأشغال العامة والإسكان،٢٠٠٨)، وثلاث مطارات إضافة إلى الميناء الوحيد في مدينة العقبة، وتوسعت الملكية الأردنية لتصل إلى أكثر من (٥٥) جهة في العالم إضافة إلى ارتباط الأردن بدول الجوار من خلال عشرة معابر حدودية، إضافة إلى ذلك يوجد الآن ثمان شركات للنقل السياحي كما أن هناك ما يقارب من (٢٥٦) مكتب لتأجير السيارات السياحية.

٢-٧-٢-٥ المقومات التاريخية:

على امتداد الأراضي الأردنية تنتشر المواقع التاريخية التي خلفتها الحضارات السابقة، فمن آثار مؤابية إلى نبطية ويونانية ورومانية وإسلامية شكلت موروثاً مادياً في غاية الأهمية، وتلك المواقع إذ ما أحسن التعامل معها وترويجها بشكل علمي، فبلا أدنى شك ستكون قادرة على إيجاد بيئة خصبة لازدهار النشاط السياحي.

٢ ٧ ٢ ٦ البنية التحتية وشبكة الاتصالات:

تماشياً مع النمو المحلي والتغيرات الإقليمية والعالمية فقد سعى الأردن لتطوير وتحسين بنيته التحتية مما يسمح للأفراد والشركات وتسيير مصالحهم والقدرة على إيصال الخدمات دون عقبات أو تعقيدات، وشهد قطاع الاتصالات الأردني أحد القطاعات الأكثر ديناميكية وتطوراً في المنطقة، خلال السنوات القليلة الماضية تغيرات ملحوظة من حيث السياسات التنظيمية المطبقة من جهة، والبدء بتهيئة السوق لدخول خدمات جديدة متطورة تلبي رغبات قطاع الأعمال والمستفيدين من جهة أخرى، ويعد قطاع الاتصالات في الأردن من نقاط الجذب للاستثمار وتحديداً بعد تحريره بشكل كامل منذ العام (٢٠٠٥) وهذا الأمر انعكس بشكل إيجابي على المواطن والمقيم نتيجة التنافسية الموجودة بالأسواق.

٢ ٧ ٢ ٧ البيئة الاستثمارية:

يحتاج العمل لإيجاد بيئة جاذبة للاستثمار لمجموعة من الشروط كوجود سياسة اقتصادية تتسم بالوضوح والاستقرار، وأن يكون هناك انسجام بين القوانين والتشريعات كي تتيح إمكانية تطبيق هذه السياسة وتوفر هامش كبير من الحرية مع وجود البنية التحتية اللازمة للاستثمار وبناء إداري بعيد عن البيروقراطية والروتين في الإجراءات، ومن المفردات الضرورية لإيجاد استثمار سياحي حقيقي ومتطور وهذه المفردات متوفرة في الاقتصاد الأردني الموجه نحو اقتصاد السوق الحر، وإتباع سياسات الانفتاح، وتفعيل الدور القيادي للقطاع الخاص، ولقد قامت الحكومة الأردنية بمجموعة من الإصلاحات وسياسات الاستثمار التي تهدف إلى تحرير التجارة، وتسهيل إجراءات الاستثمار، وإزالة العوائق أمام التجارة وتشجيع الاستثمار الخارجي وتشجيع القطاع الخاص على الاستثمار وخصخصة المشاريع المملوكة من قبل الدولة والتشديد على تنفيذ قوانين العلامات التجارية وحقوق الملكية الفكرية وتخفيض التعرفة الجمركية.

٢ ٧ ٤ ٨ شبكة المستشفيات الحديثة:

يوجد في المملكة الأردنية الهاشمية شبكة من المستشفيات الحديثة وصل عددها إلى (١٠٣) مستشفيات تتوزع بين مجموعة من القطاعات (الحكومية، الخاصة، العسكرية، الجامعية) وشكلت المستشفيات الخاصة ما نسبته تقريباً (٦٠%) من مجموع المستشفيات الموزعة في مناطق مختلفة من الأردن مع وجود تركز كبير في العاصمة عمان والتي أصبحت مركزاً طبياً متميزاً في مجال تقديم الخدمات العلاجية، حيث توجد المستشفيات المختصة في علاج أمراض السرطان وأمراض القلب وزراعة الأعضاء وأمراض العقم والإخصاب والعيون إضافة لكوادر بشرية من ذوي الاختصاصات الطبية والكفاءات على المستوى الإقليمي والعالمي.

٢-٨ تطور القطاع الصحي في الأردن.

تزامن تطور القطاع الصحي مع تطور المملكة منذ النشأة الأولى، فتم إنشاء أول مستشفى حكومي في إمارة شرق الأردن في عام (١٩٢١) بسعة (٢٠) سرير، ثم صدر أول قانون لتنظيم الشؤون الصحية في عهد الإمارة في عام (١٩٢٣)، تلاها مصادقة الملك المؤسس على لائحة شروط تأسيس مستشفى السلط الإيطالي، وفي ذات العام تم إنشاء المختبر المركزي في القدس، ومن ثم صدرت التعليمات الصحية حول "النظام الصحي للمؤسسات العمومية والمهن المضرة بالصحة والصناعات الخطرة"، و صدر أول قانون شامل لتنظيم الشؤون الصحية في الإمارة والذي استمر العمل فيه لغاية عام (١٩٧١)، ووصل عدد الأطباء عام (١٩٢٦) في شرقي الأردن إلى (٢٨) طبيبا وطبيبة وأرتفع العدد إلى (٣٩) طبيباً وطبيبة في العام الذي يليه، في حين بلغ عدد أسرة المستشفيات في عام (١٩٢٧) (١٥٩) سريراً (٦٠) سريراً في المستشفيات الحكومية و(٩٩) سريراً في المستشفيات الخاصة.

وتم إنشاء أول مختبر للتحاليل الطبية في شرقي الأردن في عام (١٩٢٧) في مدينة معان، وفي عام (١٩٣٥) تم افتتاح المستشفى الحكومي في اربد بسعة (١٢) سرير، كما تم افتتاح المستشفى الايطالي في الكرك وكانت سعته (٣٦) سرير، وشهدت الأردن خلال النصف الثاني من العقد الماضي نهضة صحية شاملة، ويمكن القول إن بزوغ النهضة الصحية الحقيقية في الأردن جاء بعد استقلال البلاد، وتأسيس المملكة ووحدة الضفتين، فتأسست أول وزارة للصحة في عام (١٩٥٠) وباشرت مهامها في العام الذي يليه، وفي عام (١٩٥٣) تم افتتاح أول كلية للتمريض، ثم تم إنشاء كلية الأميرة منى للتمريض عام (١٩٦٢) لرفد القطاع الصحي بالمهن المساندة المؤهلة علمياً.

طبق أول نظام تأمين صحي في المملكة لأفراد القوات المسلحة عام (١٩٦٣) وبعد ذلك بسنتين تم تطبيق أول نظام تأمين صحي مدني في المملكة، وفي دائرة الاهتمام بالقطاع الصحي والارتقاء به تم إنشاء كلية الطب في الجامعة الأردنية عام (١٩٧٠)، ثم تم افتتاح مدينة الحسين الطبية ومعهد المهن الطبية المساعدة في عمان عام (١٩٧٣) تلاه افتتاح معهد آخر للمهن الطبية المساعدة في اربد عام (١٩٧٨)، ثم افتتاح كلية الصيدلة في الجامعة الأردنية عام (١٩٨٠)، وإضافة إلى الجهود الكبيرة التي بذلتها وزارة الصحة في رفع المستوى الصحي وتأهيل الكوادر البشرية على امتداد تلك السنوات الطويلة، كان هناك جهد آخر لا يقل أهمية بل شكل إضافة كمية ونوعية للمستوى الصحي في الأردن وأسهم بشكل كبير في تقديم الأردن للعالم الخارجي كبلد

متقدم ومتطور في الناحية الصحية، وساهم في جلب الأنظار إلى المملكة كوجهة مهمة للسياحة العلاجية من خلال الإنجازات الكبيرة والمتميزة، التي حققها خلال السنوات الماضية وهنا نتحدث عن دور الخدمات الطبية الملكية، والتي كان لها فاعلية في تنمية القوى البشرية في المجالات الفنية والإدارية وأسهمت في رفد السوق المحلي والعربي بالكفاءات العلمية والفنية، وإضافة إلى الكادر المتميز من الأطباء فأن الخدمات الطبية الملكية عملت على خلق كادر تمريضي متميز، كما امتدت جهودها لتشمل مجالات الإدارة العلمية والتأهيل في المجال الهندسي للاعتماد على الكفاءات الأردنية وتوسعت نشاطاتها لتشمل مجالات التدريب والتدريس من خلال الاتفاقيات على المستوى المحلي أو الإقليمي والدولي، لذا تنطلق رؤيتها من الصدارة في تقديم خدمة طبية متكاملة تواكب التقدم الطبي العالمي.

وتحقيقا" للرسالة القومية التي يحملها الأردن وبتوجيهات جلالة القائد الأعلى فإن مستشفيات مدينة الحسين الطبية ومراكزها الطبية مفتوحة للأشقاء العرب، إما من خلال تحويلهم من قبل حكوماتهم أو من خلال اتصالهم المباشر، وتم توقيع مجموعة من الاتفاقيات مع عدد من الجامعات والمؤسسات لتدريب طلبتها إضافة إلى الاستفادة من الخبرات المتوفرة في الخدمات الطبية الملكية في مجال التدريس والتدريب، إضافة إلى عقد اتفاقيات تعاون طبي مع بعض الدول العربية والدول الصديقة.

واستجابة للتغيرات في أنماط الرعاية الصحية وتطور تقنياتها وتتناسب مع الدور الريادي للخدمات الطبية الملكية على المستوى المحلي والإقليمي والدولي تم إنشاء مركز الأميرة إيمان بنت عبدالله الثاني للأبحاث والعلوم المخبرية في العام ٢٠٠١م، الحاصل على شهادة الاعتماد الدولية المختصة في المختبرات الطبية منذ العام ٢٠٠٨م ولا زال يحافظ عليها، كذلك تضم المدينة الطبية مركز الأمير حسين بن عبد الله لأمراض وجراحة الكلى وزراعة الأعضاء، ليكون أول مركز مختص في جراحة الكلى وزراعة الأعضاء في المنطقة. يوفر المركز تدريبا معترفا به لأطباء الاختصاص على المستوى المحلي والإقليمي، كذلك تنتشر مجموعة من المستشفيات العسكرية في مختلف المحافظات الأردنية.

قامت الخدمات الطبية الملكية بإنجازات متميزة على المستوى المحلي والإقليمي ففي سنة (١٩٧٠) أجريت أول عملية قلب مفتوح في الأردن في مستشفى عمان العسكري وتمت أول عملية نقل كلى في الأردن بتاريخ في أيار(١٩٧٢) في مستشفى عمان العسكري. وتمت أول عملية زراعة قلب سنة (١٩٨٥) وزرع الشبكة الأسطوانية في الشريان السباتي الأيسر الداخل في عام (١٩٩٧) حيث كان مركز الملكة علياء لأمراض وجراحة القلب أول من أجرى مثل هذه العمليات في منطقة الشرق الأوسط ودول العالم الثالث. وإغلاق فتحات خلقية بين الأذينين بدون

تدخل جراحي وعن طريق القسطرة العلاجية في حزيران (١٩٩٧) ولأول مرة في المنطقة وخامس دولة على مستوى العالم، وفي تشرين ثاني (١٩٩٧) تمت فيه أول عملية لزراعة القلب والرئة معا" وهي الأولى في الأردن وعلى مستوى المنطقة، وفي آب (١٩٩٨) ولأول مرة في الوطن العربي تم إجراء ثلاثة عمليات لأمراض القلب الخلقية بدون جراحة وبثها إلى مؤتمر طبي في بوسطن في الولايات المتحدة الأمريكية، وفي عام (٢٠٠٤) تمت أول عملية زراعة كبد في مدينة الحسين الطبية.

ومن الأطراف الأخرى التي أسهمت في تطوير الوضع الصحي، وتخريج الكوادر البشرية المؤهلة مستشفى الجامعة الأردنية الذي افتتح في سنة (١٩٧٣) تحت اسم مستشفى عمان الكبير ثم سمي مستشفى الجامعة الأردنية في سنة (١٩٧٥) بعد ضمه إلى الجامعة الأردنية في ذلك العام كأول مستشفى تعليمي في الأردن، ليقدم خدماته لشرائح المرضى كافة، وهو بذات الوقت مركز تعليمي تدريبي لطلبة كلية الطب وكلية طب الأسنان في الجامعة الأردنية، إضافة إلى الخدمات التي يقدمها للمرضى من الدول الشقيقة والدول الصديقة في مختلف مسارات العلوم الطبية إضافة إلى أهميته كونه أحد أهم المراكز البحثية، وتنطلق رؤيته على أن يصبح مركزاً مرجعياً لتطوير وتقديم التعليم والتدريب الطبي والبحث العلمي والرعاية الطبية العلاجية، وترتكز رسالته على تقديم خدمات طبية مميزة ذات جودة عالية ومتخصص جنباً إلى جنب مع برامج التعليم والتدريب المختلفة، بما في ذلك برامج الدراسات العليا والقيام بالبحث العلمي.

ولا يمكن بأي حال الحديث عن تطور النظام الصحي في الأردن دون الإشارة إلى الدور الكبير الذي لعبته المستشفيات الخاصة في تقديم الخدمات الكمية والنوعية والارتقاء بمستوى الخدمات الطبية والفندقية وتوفير الأجهزة الحديثة والمختبرات ذات المستوى الرفيع والخبرات والكوادر البشرية التي تضمها شبكة واسعة من المستشفيات وصل عددها إلى (٦١) مستشفى موزعة على معظم محافظات المملكة مع تركزها بشكل كبير في العاصمة عمان حيث وصل عدد المستشفيات الخاصة في العاصمة عمان إلى (٣٩) مستشفى بأحجام وبتخصصات مختلفة، وحصل عدد من تلك المستشفيات على الاعتمادية الدولية، وهذا التطور انعكس بشكل عام على تحسين نوعية الخدمات العلاجية المقدمة للمواطن الأردني والتي انعكست بشكل إيجابي على سمعة الأردن في هذا المجال، الأمر الذي أوجد حالة من التميز والإبداع والذي مكنه من اكتساب الاحترام والثقة والسمعة الطبية ، وهو ما جعله يحظى بموقع تنافسي بارز مقارنة مع دول الجوار، والجدول (٢) يبين بعض أهم المؤشرات السكانية والصحية للأردن في العام (٢٠٠٩).

الجدول٢. بعض المؤشرات السكانية والصحية للمملكة لسنة ٢٠٠٩ .

المعلومات السكانية والصحية لسنة ٢٠٠٩م	
معدل الأطباء/ ١٠٠٠٠ فرد	٢٤,٥
معدل أطباء الأسنان / ١٠٠٠٠ فرد	٧,٣
معدل ممرض (قانوني، قابلة، مساعد)/ ١٠٠٠٠ فرد	٣٩
معدل صيدلي / ١٠٠٠٠ فرد	١٤,١
مجموع المستشفيات	١٠٨
مجموع أسرة المستشفيات في المملكة	١١٣٥٧
معدل سرير / ١٠٠٠٠ فرد	١٨

مصدر البيانات : الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة

كما يبين الجدول (٣) التطور الذي حصل في أعداد المستشفيات وأعداد الأسرة خلال الفترة الممتدة من (١٩٩٦) ولغاية (٢٠٠٩) ويلاحظ ارتفاع عدد المستشفيات بنسبة (٣٦%) رافقه زيادة في عدد الأسرة بنفس النسبة تقريباً، وطرأ تغير مشابه على عدد مستشفيات الخدمات الطبية بنسبة تغير وصلت إلى (٣٧,٥%) في حين طرأ ارتفاع بشكل أكبر في عدد مستشفيات القطاع الخاص وارتفع بنسبة (٥٥%) رافقه ارتفاع في عدد الأسرة بصورة مقاربة وصلت إلى (٥٦%).

الجدول ٣. التطور في أعداد المستشفيات وأعداد الأسرة في الفترة من (١٩٩٦-٢٠٠٩)

عدد المستشفيات وعدد الأسرة في المملكة حسب القطاعات الصحية						
القطاع الطبي	١٩٩٦			٢٠٠٩		
	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	النسبة المئوية	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	النسبة المئوية
وزارة الصحة	٢٢	٣١٨٥	٤٠,٤%	٣٠	٤٣٥٨	٣٨,٤%
الخدمات الطبية	٩	١٧٣١	٢١,٩%	١١	٢١٣١	١٨,٨%
المستشفيات الجامعية	١	٥٠٦	٦,٤%	٢	١٠١٣	٨,٩%
القطاع الخاص	٤٢	٢٤٦٩	٣١,٣%	٦٥	٣٨٥٥	٣٣,٩%
المجموع	٧٤	٧٨٩١	١٠٠%	١٠٩	١١٣٥٧	١٠٠%

مصدر البيانات : الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة

٢-٩ السياحة العلاجية في الأردن

تعد الأردن من الوجهات الناشئة في السياحة العلاجية على مستوى العالم، بعائدات تتجاوز مليار دولار ٢٠٠٧م وتم تقييم المملكة كرقم واحد في المنطقة والخامسة في العالم كمركز للسياحة الطبية في دراسة أعدها البنك الدولي الذي يعتمد في تصنيفه للدول بهذا القطاع على عدة معايير منها الأمن والاستقرار، نظافة البلد، مستوى شهادات الأطباء، نوعية الخدمة المقدمة وسرعة الاستجابة مع المريض في إعطاء المواعيد والبنية النحتية في البلد والوضع الاقتصادي وحرية حركة الأموال والبنوك وتوفر الخدمات المساندة الإضافة إلى إعداد المرضى.(جمعية المستشفيات الخاصة) فيما يحتل الأردن بحسب أعداد السياحة العلاجية المرتبة (٢٠-٢٥) عالميا.

وتعتبر السياحة العلاجية في الأردن واحدة من أهم القطاعات الاقتصادية التي تدعم الاقتصاد الوطني بالعملات الصعبة. وقد اهتمت الحكومة الأردنية بتوفير البنية التحتية والمرافق العامة للأنشطة السياحية في المملكة، وقد أدى ذلك إلى زيادة أعداد القادمين وزيادة الدخل المتأتي، فقد وصل دخل السياحة العلاجية للعام (٢٠١٠) حوالي مليار دينار أردني بارتفاع نسبته (١٠%) عن العام (٢٠٠٩)، وهذا المبلغ يتضمن إضافة للعلاج والإقامة بالمستشفيات حساب المراكز الطبية المختلفة وحجوزات السفر على متن الملكية الأردنية والشقق الفندقية والسيارات السياحية وغيرها (جمعية المستشفيات الخاصة).

وبلغ عدد المرضى العرب الذين راجعوا المملكة العام الماضي (٢٢٠) ألف مريض، ادخل منهم ٤٠ ألف مريض إلى المستشفيات الأردنية فيما تتمثل الأعداد الباقية بالقادمين لعلاج أطفال الأنابيب وعلاج الأمراض الجلدية والصدفية بالمراكز العلاجية إلى جانب أعداد مرافقي المرضى والبالغ معدلهم (١،٥- ٢) مرافق.

ومن المتوقع استقطاب المزيد من مرضى دول الخليج العربي، نظرا للميزة التنافسية من حيث جودة وكلفة الخدمة الطبية المقدمة ووجود عدد كبير من الأطباء الأردنيين المؤهلين وتوفر الرحلات الجوية المباشرة مع دول الخليج العربي وعلى نطاق واسع وعدم حاجة رعايا مجلس التعاون الخليجي الحصول على تأشيرة دخول للأردن إلى جانب ميزة الأمن والاستقرار التي يتمتع بها الأردن إضافة إلى توفر المنتجعات العلاجية الطبيعية في المملكة وشبكة واسعة من المستشفيات العسكرية والحكومية والخاصة والمستشفيات الجامعية والتي وصل عددها الإجمالي إلى (١٠٩) مستشفيات.

وتهتم العديد من الدول في مجال السياحة العلاجية وتحديداً الدول التي تمتلك الموارد المطلوبة، حيث تهتم بالبنية التحتية والتجهيزات اللازمة نظراً لارتفاع الطلب عليها واستخدامها في استكمال العلاج الطبي في المستشفيات والمراكز الطبية المختصة، والأردن واحدة من الوجهات الرئيسة

في منطقة الشرق الأوسط في مجال السياحة الصحية واستخدمت هنا مصطلح السياحة الصحية للتدليل على السياحة العلاجية (Curative Tourism) والسياحة الطبية (Medical Tourism).

هناك العديد من الينابيع المعدنية الحارة في الأردن إضافة إلى مياه البحر الميت إلى جانب العديد من المستشفيات والمراكز الصحية الخاصة وهذا ما يوفر بيئة خصبة لقيام نشاط سياحة صحية متميزة في الأردن، ولمناطق السياحة العلاجية خصائص مختلفة لشفاء العديد من الأمراض والحفاظ على اللياقة البدنية للجسم باستخدام عوامل طبيعية مثل الينابيع الحارة والمياه المعدنية الساخنة وحمامات الطين أو التعرض لأشعة الشمس والمناخ الجاف، وهذه المناطق عادة ما تكون بمعزل عن التجمعات البشرية الكبيرة وعن المعدلات العالية من التلوث، ومن المسلمات في مجال السياحة على صعيد البيئة الأردنية، أن معدل إقامة الأشخاص في مجال السياحة العلاجية أطول من مدة إقامة السائح العادي وتصل في المتوسط من أسبوعين إلى أربعة أسابيع (Harahsheh,2002) (المقابلة، ٢٠٠١) (المعايعة، ١٩٩٥)، إضافة إلى إنفاقهم مزيداً من الأموال، على العلاج والإقامة والغذاء والتنقل والترفيه، والنشاط السياحي بشكل عام يتطلب التخطيط المنهجي إذا أريد لها أن توضع بشكل صحيح استجابة لمتطلبات السوق، ودمجها في عملية التنمية الشاملة.

٢-١٠ مياه الاستشفاء في الأردن:

المياه المعدنية باختلاف خصائصها لا تختص بها دولة دون غيرها بل هي موجودة في كثير من دول العالم، والتباين الموجود بين تلك الدول هي أن بعض الدول أدركت أهميتها وخصائصها العلاجية وعملت على تطوير تلك المواقع حتى أصبحت منطقة جاذبة للعديد من الأشخاص الذين يعانون من بعض الأمراض والآلام والإرهاق. والسياحة الاستشفائية عرفت انتشارا واسعا اليوم أكثر من ذي قبل وأصبحت رهانا جديدا يخوض مضماره العديد من الفاعلين في القطاع السياحي.

وعلى الرغم من أن الأردن واحدة من أفقر الدول في العالم، من حيث توفر المياه العذبة إلا أن أراضيه غنية جداً بالينابيع الحارة والمياه المعدنية، ومياه البحر الميت التي تشكل جميعها مواد أوليه هامة لأنشطة السياحة العلاجية والتي تستخدم لعلاج أمراض التهاب المفاصل، الروماتيزم، وأمراض الجهاز التنفسي، وأمراض الجلد ولعلاج الصدفية، وتنتشر هذه المواقع على امتداد الأراضي الأردنية.وتستخدم المياه العلاجية بثلاث طرق رئيسة هي الاستحمام والشرب والاستنشاق وتعتمد الطريقة على نوع المرض وخصائص المياه، الاستشفاء بالمياه المعدنية الحارة والتي تختلف إمكاناتها العلاجية حسب مكوناتها وخصائصها الفيزيائية والكيميائية(سلامة والريماوي،١٩٩٧):

١. المياه الدافئة: تستخدم للالتهابات الروماتزمية والمفصلية والتهابات واضطرابات الأعصاب ولتيبس المفاصل واضطرابات الدورة الدموية والتهابات الجيوب الأنفية وأمراض الجهاز التنفسي.
٢. المياه الكبريتية وهي المياه التي تحتوي على كبريتيد الهيدروجين وتعمل على تنشيط الجهاز العصبي والدورة الدموية وتساعد على توسيع الأوعية الدموية وبشكل خاص في مناطق الأطراف، والاستحمام بها يزيل الأمراض الروماتيزمية والتهابات المفاصل.

العلاج بالمياه يجب أن يرتبط بموقع خروجها من الأرض(سلامة والريماوي ١٩٩٧) للاستفادة القصوى في معطيات منطقة النبع الأخرى مثل المناخ أو الغازات التي تخرج مع المياه.

وتعرف المياه المعدنية الاستشفائية على أنها تلك التي تحتوي على أملاح ذائبة بتركيز يزيد عن ١٠٠٠ ملغرام/ لتر، ويجوز أن يقل هذا التركز شريطة أن تحتوي هذه المياه على أحد المواد الآتية بتركز أكبر مما يلي:

- ٢٠ ملغرام/لتر حديد [مياه معدنية حديدية]
- ١ ملغرام/ لتر يود [مياه يودية].
- ١ ملغرام / لتر كبريتيد الهيدروجين [مياه كبريتية]
- ١٨ نانوكوري / لتر رادون [مياه معدنية رادونية]
- ١٠٠٠/ملغرام / لتر ثاني أكسيد الكربون [مياه معدنية حامضية]
- ١ ملغرام/ لتر فلوريد [مياه معدنية فلورية]

يشترط في مياه الاستشفاء للاستعمال الخارجي أن تكون مياه حارة بحيث يكون الحد الأدنى لدرجة حرارتها أكبر من المتوسط حرارة المياه الجوفية العادية أو معدل درجة حرارة الجو في تلك المنطقة بخمس درجات ، وفي الأردن بشكل عام يمكن أن تعتبر المياه حارة أذا كانت درجة حرارتها أعلى من ٢٧ درجة مئوية (سلامة والريماوي ١٩٩٧).

أما الاضطرابات التي يمكن معالجتها من خلال المياه المعدنية (Harahsheh.2002)

- أمراض الجهاز العصبي .
- الأمراض التنفسية.
- أمراض الروماتزم .
- التهابات المفاصل.
- المشاكل المرتبطة بالجهاز التنفسي.
- أمراض الجلد والصدفية.
- التعب والتوتر والإرهاق.

وسيتم التركيز في هذه الدراسة على خمس مناطق رئيسة، وهي تلك المناطق التي يوجد بها منتجعات أو أماكن إقامة وتشهد استثمارات على أرض الواقع على الرغم من حجم التباين الكبير في مجال هذه الاستثمارات بين تلك المواقع وهذه المناطق هي (حمامات ماعين، الحمة، الشونة الشمالية، حمامات عفرا، البحر الميت).

٢-١٠-١ حمامات ماعين :

تقع في وسط الأردن إلى الشرق من البحر الميت، وتبعد خمسة وثمانين كيلومترا إلى الجنوب من عمان، وتنخفض عن سطح البحر بمقدار ١٢٠ مترا، يوجد في المنطقة أكثر من ٦٣ ينبوع تتباين في درجات حرارتها، وتصل في حدها الأقصى إلى حوالي ٦٣ درجة مئوية، وتعتبر منطقة حمامات ماعين من أغنى مواقع الاستشفاء بالمياه المعدنية في الأردن، وتستخدم لمعالجة أمراض المفاصل والروماتزم وتقلص العضلات وأمراض الجلد والدورة الدموية، وهي مشهورة بمنتجعاتها وعياداتها الطبيعية التي توفر العلاج للمرضى.

٢-١٠-٢ الشونة الشمالية:

تقع حمامات الشونة الشمالية في الجزء الشمالي من غور الأردن، تتدفق المياه من آبار ارتوازية، حفرت في عام ١٩٨١م في المنطقة السفلية من وادي العرب. وعلى الرغم من أن مياه البئر تحتوي على أقل من ١٠٠٠ ملغرام/ لتر من الأملاح الذائبة ألا أن احتواءها على كبريتيد الهيدروجين يعطيها صفة المياه المعدنية ودرجة حرارتها تصل إلى ٥٣ درجة مئوية فإنها تصبح مياه معدنية حارة (سلامة والريماوي،١٩٩٧).وتستخدم لعلاج أمراض المفاصل والتهابات الروماتزم وتوسيع الشعب الهوائية وتنشيط الدورة الدموية والحد من التهابات الجهاز التنفسي.

٢-١٠-٣ الحمة الأردنية:

يبلغ عدد الينابيع قرابة العشرين ينبوعاً، تتفاوت في درجات حرارتها وتم استغلال مياه النبع الرئيس لاستخدامه في عمليات الاستشفاء والعلاج الطبيعي،ومن أهم الخصائص لهذه المياه أن كمية الأملاح تتجاوز ١ غرام /لتر ومعدل درجة حرارتها ٤١،٤ درجة مئوية مما يضفي عليها صفة المياه المعدنية الحارة ، إضافة إلى احتوائها على ٩،٥ ملغرام/لتر من كبريتيد الهيدروجين، لذا فإنها تعتبر مياه كبريتية أيضاً وكذلك فأن محتواها من غاز الرادون (٣١،٤/ لتر) يسمح بتصنيفها مياه رادونية ، لذا يمكن إجمال نوع المياه في نبع المقلى على أنها مياه معدنية حارة ، كبريتية رادونية يشكل الكالسيوم، الصوديوم، الكلوريد، والبايكربونات والكبريتات العناصر الرئيسة فيها(سلامة والريماوي،١٩٩٧). وطبقا لخصائصها يمكن استخدامها في تنشيط الدورة الدموية في الأطراف وتنظيم إفرازات الغدد وتوسيع الشعب الهوائية والحد من التهابات الجهاز التنفسي والروماتزم وأمراض المفاصل وتيبس العضلات والمفاصل وأمراض الجهاز العصبي وإزالة القشور الجلدية وأمراض الجلد.

٢-١٠-٤ حمامات عفرا:

تقع في جنوب الأردن، إلى الشمال من مدينة الطفيلة، تنطلق المياه الحارة من أكثر من ١٥ مصدراً، تتراوح درجات حرارتها بين ٤٥ إلى ٤٨ درجة مئوية ، أكثر ما يميزها احتواؤها على كمية عالية من غاز الرادون، لذا فهي تصنف على أنها المياه الرادونية. وتحتوي على الكالسيوم والصوديوم والمغنيسيوم والبايكربونات والكلوريد والكبريتات، ويمكن استخدامها لعلاج أمراض الروماتزم وتيبس المفاصل والالتهابات المفصلية وتيبس العضلات وتنشيط الدورة الدموية وتصلب الشرايين وبعض أنواع العقم(سلامة والريماوي،١٩٩٧).

أوضحت نتائج الدراسات العلمية الأهمية الكبيرة للمياه المعدنية العلاجية الحارة في الموقع، فقد قام فريق فيزيائي من جامعة الطفيلة التقنية بدراسة عن "النشاط الإشعاعي في ينابيع عفرا الساخنة" أن بقعة بمنطقة الحمامات سجلت أعلى قيمة لجرعة إشعاعية "غاما" في العالم ككل. فقد سجلت نحو (١٠٠٠ مايكرو غري لكل ساعة)، وتشير الدراسات العالمية إلى دور الإشعاع في تحفيز المناعة وتحسين الوضع العام للصحة.(الموقع الالكتروني لجامعة الطفيلة التقنية).

ويوضح (العجلوني) بان التحليلات الكيميائية التي أجريت على الينابيع الحارة في الأردن ومنها ينابيع عفرا، بينت بان مياه الينابيع الجبلية الطبيعية تعتبر مياه قلوية خالية من المعادن الحمضية وغنية جدا بمضادات الأكسدة وكمية الأكسجين الزائد وهو ما يجعل مياه الينابيع الطبيعية ذات قدرة كبيرة على معادلة وإزالة الفضلات الحمضية السامة والجزئيات الحرة في جسم الإنسان والناتجة عن عملية التمثيل الغذائي وإنتاج الطاقة الحيوية اللذين يعتبران من الأسباب الرئيسية للشيخوخة.(الموقع الالكتروني لجامعة الطفيلة التقنية).

٢-١٠-٥ البحر الميت:

يقع البحر الميت إلى الغرب من العاصمة عمان وبمسافة (٥٥) كم تقريباً، ويعد أكثر مناطق العالم انخفاضاً عن مستوى سطح البحر، ويقدر هذا الانخفاض بحوالي (٤٢٢م)تحت مستوى سطح البحر، وهذا الموقع المغلق في المنطقة شبه الجافة وعلى هذا الانخفاض أعطى لهذا المسطح المائي مجموعة من المزايا الطبيعية التي تعتبر في ذات الوقت من المزايا التنافسية لهذا الموقع، فهواؤه يتميز بالنقاء والجفاف والتشبع العالي بغاز الأوكسجين وكذلك يساعد ارتفاع نسبة هذا الغاز في البحر الميت على انخفاض ضغط الدم لدى المصابين بالارتفاع المرضي في هذا الضغط.

تتميز مياهه أيضا بارتفاع نسبة المعادن الطبيعية مثل الكالسيوم والمغنيسيوم والبرومين،وهذه التركيبة الملحية المعدنية تعتبر من أهم مصادر العلاج للمرضى المصابين بالأمراض الجلدية

وبالذات الصدفية والبهاق والفطريات وحب الشباب والأمراض العصبية وأمراض الدورة الدموية.ويشتهر كذلك بطينه الأسود الذي يعتبر خلاصة للأملاح والفلزات المذابة والذي يدخل في علاج أمراض المفاصل وأمراض البشرة.

وتعتبر هذه المنطقة منطقة دافئة ومشمسة طوال العام، و يبلغ متوسط درجة الحرارة فيها (٣٠,٤) درجة مئوية، وهو أكثر المواقع انخفاضا على سطح اليابسة، وملوحته تصل إلى حد التشبع في طبقاته السفلى، ومجموعة الأملاح تعمل على شفاء العديد من الأمراض الجلدية ومنها مرض الصدفية.

وتتميز مياهه باحتوائه على تركيز عال جداً يصل إلى ٦،٣ غرام/ لتر من البروميد وهي أعلى نسبة معروفة في العالم في المياه السطحية(سلامة والريماوي،١٩٩٧). وخاصية الاستشفاء في البحر الميت لا تقتصر على العلاج بالمياه فحسب والتي تحتوي مياهه على نسبة عالية من الأملاح، وخصوصا الكالسيوم والمغنيسيوم والبروم، هذا وتعتبر التركيبة الفريدة من الأملاح والمعادن في تلك المياه إحدى المصادر الهامة للاستشفاء الطبيعي إضافة إلى قدرة طبقة الجو السميكة فوق منخفض البحر الميت على امتصاص أنواع من الأشعة مما يقلل من حدتها.

ويشير (بشارات) الطبيب المختص في العلاج الطبيعي في فندق البحر الميت إلى أن العلاج بالبحر الميت يتم من خلال عدة طرق وبسبب عدة عوامل منها:

١. بسبب انخفاض البحر الميت عن مستوى سطح البحر(-٤٢٠م) فهو المسطح المائي الأكثر انخفاضاً بين بحار العالم وهو الأكثر ملوحة وبسبب طول فترات سطوع الشمس فإن نسبة التبخر عالية جداً الأمر الذي يشكل طبقه فوقه تحتوي على أملاح وفلزات من مياه البحر تسمى السديم، وهذه الطبقة المتكونة تمتص جزءاً من الأشعة فوق البنفسجية القصيرة وتعكس جزءاً منها وتعمل هذه الطبقة كمصفاة لهذه الأشعة وفي نفس الوقت تسمح بمرور الأشعة الطويلة التي تستخدم لعلاج الأمراض الجلدية المزمنة وبالتالي يصبح التعرض لأشعة الشمس في هذه المنطقة تعرضاً صحياً وهي ميزة طبيعية ينفرد بها البحر الميت على مناطق العالم كلها.

٢. تعتبر منطقة البحر الميت منطقة ضغط عالٍ لكنه ثابت لذا فإنه يؤثر بشكل إيجابي في الجهاز العصبي اللاإرادي، ولأنه الأكثر انخفاضاً فإن نسبة الأوكسجين في الجو عاليه وله فوائد إيجابية على الإنسان.

٣. فلزات وأملاح البحر الميت كثيرة ومتنوعة ولا مثيل لها وتدخل إلى جسم الإنسان عن طريقتين، الأولى من خلال الجلد والثاني عن طريق التنفس، حيث إن الجو مليء بهذه الفلزات والأملاح مثل مادة والمغنيسيوم الموجودة بتركيز عال حيث تبلغ (٤٩ غرام/اللتر)

وهذه المادة تعطي الجلد نضارة ونعومة ولها خواص مضادة للالتهاب، وكذلك الكالسيوم الموجود بتركيز عالٍ(٢١,٦ غرام / اللتر) وله خواص مضادة للحساسية وكذلك تركز مادة البرومين(٦,٥ غرام / اللتر) فخصائصه معروفة للاسترخاء الذهني والجسدي، إضافة إلى الصوديوم والبوتاسيوم وغيرها من المعادن والأملاح المفيدة، وبسبب ارتفاع الوزن النوعي لمياه البحر الميت فهو يعطي للإنسان مجالاً لكي يطوف على سطح الماء دون أن يسبح وهذه خاصية تستخدم في علاج الأمراض المفصلية والروماتزم.

٤. طين البحر الميت هو خلاصه لأملاحه وفلزاته المذابة ويستخدم في علاج الأمراض الجلدية والمفصلية ويعمل على تنشيط الدورة الدموية حول المفاصل وينعم البشرة ويعمل على شدها.

٢-١١ الجهود الحكومية في مجال السياحة الصحية: الاتفاقيات.

الاتفاقيات إجراء قانوني قابل للتطبيق، وهذا الإجراء يحدد الخطوات والمرتكزات الرئيسة للوصول إلى غاية ما، وهي أسلوب من أساليب الشراكة بين طرفين يكون إما على مستوى دول أو على مستوى الأفراد والمؤسسات، والاتفاقيات بشكل عام أحد الأساليب التي تهدف إلى توسيع حجم السوق المستهدف، وما يعنينا في هذا الجزء من البحث هو الشراكة والاتفاقيات الموقعة على مستوى الدول.

تتضمن الاتفاقيات معلومات تبين مستوى التعاون، وما من شك أن هذه الاتفاقيات لها انعكاسات إيجابية كمية تتعلق بزيادة مستوى الإنتاج ونوعية تتعلق بتحسين جودة المنتج، وكذلك تعمل على خلق بيئة خصبة جاذبة للاستثمارات بسبب اتساع حجم السوق، الذي ينعكس على تطوير معايير الجودة ورفع الكفاءة في مستوى الخدمات المقدمة.

وقعت الحكومة الأردنية مجموعة من الشراكات تحت مجموعة من المسميات وبأشكال مختلفة من الاتفاقيات الثنائية واتفاقيات جماعية وبرامج تنفيذية ومذكرات تفاهم مع مجموعة من الدول العربية والأجنبية بغية تحسين الوضع السياحي في الأردن، بداية من مذكرة التفاهم الجماعي التي وقعت مع الدول الحدودية في الشمال (سوريا ولبنان) في سنة (١٩٧٤) ولم يرد ذكر للسياحة العلاجية في تلك الاتفاقية، لكنها كانت تجربة مبكرة للشراكة في قطاع السياحة.

وفي إطار مذكرات التفاهم وقعت الحكومة الأردنية من خلال (وزارة السياحة) في سنة ٢٠٠٣ مع الجمهورية الصينية وفي ٢٠٠٤ مع هنغاريا ومع قطر وفي سنة ٢٠٠٥ مذكرة تفاهم مع رومانيا ومع عمان و في سنة ٢٠٠٨ مذكرة تفاهم مع تشيلي وجميع هذه المذكرات احتوت على أطر موسعة لتشجيع التبادل السياحي وتبادل المعلومات والخبرات.

أما في مجال الاتفاقيات الثنائية فقد وقع الأردن العديد من تلك الاتفاقيات والبرامج التنفيذية ونلحظ من خلال مراجعتنا لتلك الاتفاقيات وللبرامج التنفيذية التي وقعت عن طريق وزارة السياحة والآثار على أنها ذات عدد محدود وأغفلت العديد من الأسواق الكبرى، وجاءت بنودها بعبارات عامة وغير تفصيلية ولم توضح آليات التنفيذ، ولم يتم التركيز بشكل فعلي على تفعيل السياحة الاستشفائية أو السياحة الطبية، وسيتم استعرض جهود كل من وزارتي السياحة والآثار والصحة في مجال الاتفاقيات ثنائية وبرامج تنفيذية بشكل مفصل.

٢-١١-١ وزارة السياحة والآثار:

وقع الأردن من خلال وزارة السياحة والآثار على مجموعة من الاتفاقيات الثنائية والبرامج التنفيذية، مع مجموعة من الدول الشقيقة والصديقة وتباينت تلك الاتفاقيات في مستوى التعاون وحجم التنسيق، ومن خلال مراجعة تلك الاتفاقيات وبنودها مستعيناً بالتسلسل الزمني لتلك الاتفاقيات نجد أن الأردن وقع اتفاقيات مع مصر (١٩٨٦) وإيطاليا (١٩٨٨) ومع فرنسا (١٩٩٢) ومع السلطة الفلسطينية (١٩٩٧) ولم ترد في تلك الاتفاقيات أي عبارات تختص بالسياحة العلاجية أو الطبية.

في حين نلحظ أن الاتفاقيات التي وقعت بعد ذلك مع الجزائر ومع المغرب(١٩٩٨) ومع اليمن (١٩٩٩) ومع البحرين (٢٠٠١) ودولة الإمارات العربية المتحدة (٢٠٠٤) نجد فيها بنود واضحة لتشجيع السياحة العلاجية والطبية لتمكين مواطني كل بلد من الاستفادة من الخدمات والمرافق السياحية العلاجية والمستشفيات والمراكز الطبية المتوفرة في البلد الآخر، ثم بعد ذلك وقعت مجموعة من الاتفاقيات مع الكويت وروسيا وبلغاريا (٢٠٠٤) ومع اليونان وكوريا (٢٠٠٥) التشيك (٢٠٠٨) وكازاخستان (٢٠٠٩)ولم ترد أية عبارات تتعلق بجوانب التعاون في المجال العلاجي(الموقع الإلكتروني لوزارة السياحة والآثار الأردنية)

أما في مجال البرامج التنفيذية فالحال لا يختلف كثيراً، فالبرامج التي وقعت مع دولة الكويت ومع لبنان ومع المغرب (٢٠٠٥) ومع السلطة الفلسطينية (٢٠٠٦) لم ترد أي عبارات ذات علاقة بالسياحة العلاجية.في حين نجد في البرامج الثنائية الموقعة مع اليمن (٢٠٠٥) ومع البحرين، مصر، سوريا، الجزائر (٢٠٠٦) بنوداً عامة غير تفصيلية تشير إلى تبادل الخبرات والمعلومات في مجال السياحة العلاجية والاستفادة من تجارب البلدين في هذا المجال والتعريف بالمواقع السياحية العلاجية والاستشفائية الموجودة في البلدين. (الموقع الإلكتروني لوزارة السياحة والآثار الأردنية)

٢-١١-٢ وزارة الصحة.

تعد الجهود التي بذلتها وزارة الصحة أكثر فاعلية في مجال السياحة العلاجية، حيث يظهر نمط واضح من إقامة العلاقات وآليات التنفيذ، وهذا يتبين بشكل واضح من خلال الاتفاقيات الموقعة مع السلطة الفلسطينية، ليبيا، السودان، الجزائر، اليمن وهي الأسواق الرئيسة التي تمد قطاع السياحة الطبية في الأردن في الوقت الحالي، وعلى الرغم من تلك الجهود إلا أنّها ليست كافية مقارنة بالإمكانات المتوفرة في السوق الأردني، كما أن تلك الاتفاقيات أغفلت أسواقاً مهمة جداً تعتبر الآن مصدراً رئيساً للسياحة الطبية حول العالم مثل السوق الأمريكي، البريطاني،

أسواق متميزة في استقطاب السياحة الطبية حول العالم وتحديداً الهند وأسواق شرق أسيا للاستفادة من خبراتهم في ذلك المجال.

فوقّـع الأردن مـن خـلال وزارة الصـحة علـى مجموعـة مـن الاتفاقيـات مـع العـراق (١٩٧٩) والتشـيك(١٩٨٦) ورومانيـا(١٩٩٥) ويوغسـلافيا (١٩٩٧) عمـان والمغـرب (١٩٩٨) تـونس (١٩٩٩)والسعودية (٢٠٠٢) وقطر(٢٠٠٤)ومع سوريا (٢٠٠٦) وركزت هذه الاتفاقيات جميعها على تبادل المعلومات والخبرات.

أما في سنة (١٩٩٦) فوقع الجانب الأردني اتفاقية مع نظيره الفلسطيني احتوت على مجموعة من البنود التفصيلية من أهمها، أن تعامل وزارة الصحة الأردنية المرضى الفلسطينيين والمحولين رسميا من قبل وزارة الصحة الفلسطينية معاملة المواطن الأردني القادر بحيث لا يزيد عدد المرضى المحولين سنويا عن ١٥ حالة ولمدة ثلاث سنوات وضمن إمكانيات وزارة الصحة الأردنية، إضافة إلى تقديم وزارة الصحة الأردنية عشرة منح علاجية سنويا لوزارة الصحة الفلسطينية ولمدة ثلاث سنوات، ولا تشمل المنح المعالجة في تخصصات السرطان والتلاسيميا والكلى، ويستوفى من باقي المرضى الذين يزيد عددهم عن الرقم المتفق عليه وسعر التكلفة.

وفـي سـنة (١٩٩٨) وقـع مـع الجانـب الليبـي اتفاقيـة اشـتملت علـى مجموعـة واسـعة مـن البنـود التفصيلية التي غطت معظم جوانب أشكال الشراكة الحقيقية بما ينعكس إيجابا على تطوير السياحة الصحية في الأردن ومن تلك البنود :

- إنشاء مكاتب خاصة تتبع لوزارتي الصحة في البلدين لخدمة المرضى المحتاجين للعلاج في الأردن تكون مهمتها التنسيق في تلقي طلبات المرضى، وتقدير تكلفة العلاج وتحديد أماكن علاجهم وإقامتهم، والمساعدة في أية خدمات أو رغبات خلال فترة النقاهة ، وتزويدهم بالتقارير الطبية الوافية لمتابعة حالاتهم في ليبيا.
- تسهيل إجراءات التأشيرات في الحالات العادية والطارئة.
- تسهيل مهمة المرضى الليبيين للمعالجة في مستشفيات المملكة، والاتفاق على قائمة أجور المعالجة ويعاد النظر فيها كل ستة أشهر.

وكذلك الحال مع الجانب السوداني الذي وقعت معه اتفاقية سنة (٢٠٠٦) اشتملت على العديد من الجوانب التفصيلية وغطت كافة الجوانب ومن تلك النقاط البارزة في الاتفاقية نجد:

- المساعدة في تحويل المرضى السودانيين للعلاج في المملكة وبأجور مناسبة، ومعاملة المرضى السودانيين معاملة المرضى الأردنيين، إضافة لتسهيل إجراءات الحصول على تأشيرة السفر إلى الأردن، وتقوم السفارة الأردنية في الخرطوم بتزويد المريض بمعلومات عن المستشفيات والمراكز الطبية التخصصية مما يساعد المريض على اختيار الطبيب المعالج.
- تقوم وزارة الصحة الأردنية بإعداد الترتيبات اللازمة لاستقبال المرضى ومرافقيهم في مطار الملكة علياء الأردني وتقديم الخدمات والتسهيلات اللازمة لهم، وبمتابعة ورعاية شؤون المرضى السودانيين بالمستشفيات والمراكز الطبية الأردنية بما يضمن تقديم خدمة طبية جيدة للمريض، واستقبال الشكاوي والمقترحات الخاصة
- يقوم الطرف الأردني بتخصيص خمس عشرة منحة علاجية مجانية سنوياً ويتحمل الطرف السوداني نفقات السفر والنفقات اللازمة قبل دخول المستشفى وبعد الخروج.
- تقوم المستشفيات الأردنية المعالجة بتقديم منحة علاجية واحدة مجاناً إلى وزارة الصحة السودانية مقابل علاج عشر حالات مماثلة تحولها وزارة الصحة السودانية.

كذلك وقعت اتفاقية مع الجانب الجزائري في سنة (٢٠٠٦) اشتملت على أن يقوم الجانب الجزائري بتحويل المرضى الجزائريين للعلاج بالأردن في عدد من الاختصاصات الطبية بما في ذلك جراحة القلب, جراحة العيون.

ووقعت مع الجانب اليمني اتفاقية في سنة (٢٠٠٨) اشتملت على تقديم منح علاجية للجانب اليمني، وتنظيم معالجة المرضى اليمنيين في مستشفيات القطاع العام والخاص في المملكة الأردنية الهاشمية وتأمين الآلية المناسبة لاستقبال المرضى اليمنيين وتوجيههم إلى المستشفيات الأردنية، وكذلك تقديم الخدمات الصحية اللازمة لهم والعمل على تجنيبهم أية معوقات أو صعوبات قد تعترضهم، على أن تتولى وزارة الصحة العامة والسكان اليمنية تنظيم إرسال المرضى عبر قناة رسمية محددة.

ومن خلال استعراض شامل للاتفاقيات نجد أن أهم الأسواق المصدرة للسياحة الصحية هي تلك الأسواق التي وقعت معها اتفاقيات تفصيلية شاملة كتلك الاتفاقيات التي وقعت مع الجانب الليبي والجانب السوداني والجانب اليمني.

٢-١٢ التنافسية

في الوقت الذي تعتمد فيه الميزة النسبية على دخول الأسواق بالاعتماد على الهبات الطبيعية والموارد وعلى مجموع الإجراءات الحكومية المقدمة على شكل دعم وحماية وعلى عقد مجموعة من الاتفاقيات الموقعة مع الجهات والأطراف الخارجية، والتركيز على استخدام عوامل إنتاج متدنية حتى تقلل من التكلفة وبالتالي القدرة على إنتاج سلع لديها القدرة على المنافسة من خلال تدني السعر، إلا أن هذه السلع غير قادرة على مواصلة الصمود والمنافسة في الأسواق العالمية بسبب ظهور سلع مشابهة بجودة أعلى، وهذه المحاور هي جملة ما تركز عليه الميزة النسبية، حيث التركيز على (جانب العرض) وانخفاض أجور العاملين بهدف خفض كلفة الإنتاج، وهو ما يترتب عليه صعوبة في تحسين المنتج، وهو أشبه ما يكون بحلقة مفرغة مع استمرار عملية الدوران في هذه الحلقة المفرغة، فالدول المعتمدة على الموارد الطبيعية فقط لديها صعوبة في تحسن البيئة التنافسية وتطوير مدخلات الإنتاج.

في حين أن الميزة التنافسية ينصب اهتمامها على تلبية احتياجات المستهلك (جانب الطلب) من حيث النوعية والجودة، وبالتالي يتوجب استخدام عوامل إنتاج متطورة، علماً أن ذلك سينعكس على زيادة تكلفة المنتج على المدى القصير إلا أنها مع مرور الوقت تصبح قادرة على اقتحام الأسواق العالمية، وهنا تدخل في دائرة أخرى وهي التنافسية مع الأسواق الأخرى من حيث الجودة والسعر.

وفي ظل التغيرات والتطورات في الاقتصاد العالمي لا بد من إعطاء دور أكبر للقطاع الخاص، وذلك لا يعني الانسحاب التام لدور الحكومة وبالذات في حال الدول النامية، فعلى الدولة أن تدعم دور القطاع الخاص ومساعدته.

وبأي حال لا يمكن اعتبار وجود قدرة تنافسية لإحدى المؤسسات أو لأحد القطاعات في الدولة مقياساً للقدرة التنافسية للدولة بشكل عام، حيث يمكن أن يعزى نجاح مؤسسة أو قطاع إلى مجموعة من العوامل الاستثنائية التي لا يسهل محاكاتها في جوانب أخرى من الأنشطة في الدولة، لذا لا بد من التركيز على قدرة قطاع معين ومجمل الأنشطة المتعلقة والمرتبطة به، حيث أن نجاح مجموعة من المؤسسات المكملة لبعضها البعض في تحقيق ميزة تنافسية دليل على وجود عوامل قوة في هذا القطاع ككل، مع اختلاف مفهوم التنافسية باختلاف مجال الحديث سواء أكان لمؤسسة أم لقطاع أم للدولة بشكل عام.

يشير مفهوم الميزة التنافسية إلى الخصائص والقدرات والكفاءات المحورية وجوانب التفوق التي تتمتع بها المنظمة وتميزها عن المنافسين في الأسواق(أحمد عبدالسلام،٢٠١٠).

لقد أصبحت التجارة الخارجية من أهم الأنشطة التي تعتمد عليها دول العالم، فلا توجد دولة مكتفية ذاتياً، وهذا ما أدى إلى زيادة أهمية التجارة الخارجية بسبب حاجة الدول للحصول على سلع وخدمات من دول أخرى وذلك بسبب عدم قدرة أية دولة على إنتاج جميع السلع والخدمات التي تحتاجها، واختلاف تكاليف الإنتاج لنفس السلعة بين دول العالم، وبناءً على ما سبق كان من الأفضل الاتجاه نحو التخصص في عملية إنتاج السلع والخدمات.

سعت النظرية الكلاسيكية في التجارة الدولية لتوضيح السبب الرئيس لقيام التجارة الدولية وتم إرجاعها إلى ثلاثة أسباب محتملة وهي(السيد محمد، ٢٠٠٨):

- بعض الدول تنتج سلعاً لا تستطيع إنتاجها دولاً أخرى، وهذا يرتبط بتكلفة الإنتاج، وهل هي منخفضة أم مرتفعة.
- بعض الدول لديها فائض في بعض السلع، في حين تعاني دول أخرى من عجز فيها، ولا بد من اقتران التفوق الكمي بنفقات منخفضة وأسعار منخفضة على المستوى الدولي، بمعنى آخر الارتباط هنا بتكاليف الإنتاج.
- إن التجار يحققون مكاسب من نقل سلع تباع بأسعار منخفضة إلى دول تباع فيها تلك السلع بأسعار مرتفعة.

وإذا تم طرح التساؤل الآتي: ما هو سر نجاح بعض الشركات وفشل البعض الأخر؟

ما من شك أن محور الإجابة يرتكز على التفكير والتخطيط الاستراتيجي، وبشكل آخر إنّ المؤسسات التي تعي بيئتها الخارجية والقوى التنافسية في قطاعها وتدرك جوانب القوة لديها وجوانب الضعف في بيئتها الداخلية هي المؤسسات الناجحة.

إن التخطيط الاستراتيجي يعتبر مرحلة متقدمة من مراحل تطور وتغير نظام التخطيط بشكل عام والذي يمثل هو الجوهر في تطور نظام الإدارة، لقد بدأ نظام التخطيط بالتركيز أولاً على التخطيط المالي ووضع الموازنات والتخطيط قصير المدى، ثم عزز لاحقاً بعمليات التخطيط متوسط وبعيد المدى ثم ظهرت عمليات التخطيط الشامل، ومع زيادة التعقيد وضياع العمليات التخطيطية بتفاصيل كثيرة جاء التخطيط الاستراتيجي ليمثل نقلة نوعية بالتركيز على النفقات الحرجة والمهمة في حياة المنظمات(بني حمدان،إدريس،٢٠٠٩).

تظهر الميزة التنافسية نتيجة مجموعة من العوامل الداخلية والعوامل الخارجية وتشمل العوامل الداخلية من الموارد والعلاقات وقنوات التوزيع والهيكل التنظيمي والقدرات الإبداعية في حين أن

العوامل الخارجية تشمل العديد من العوامل منها المتغيرات في البيئة الخارجية، واستغلال التغيرات، وعوامل العرض والطلب، إضافة إلى التحالفات الإستراتيجية.

من خلال مراجعة الأدبيات والفكر النظري السابق نجد العديد من تعريفات المفكرين التي ترد للميزة التنافسية (Competitive Advantage)، يقول (Hofer 1960) إن الميزة التنافسية تشير إلى المجالات التي تتفوق فيها منظمة الأعمال على منافسيها، في حين يشير (McGahan 1994) إلى أنها إدارة منظمات الأعمال لأنشطتها بصورة أكثر كفاءة وفاعلية مقارنة مع المنافسين، أما (Pitts&Lei 1996) فيروا أن استغلال منظمات الأعمال لنقاط قوتها الداخلية في إدارة الأنشطة الخاصة بها، بحيث تتولد قيمة لا يستطيع المنافسون تحقيقها في أدائهم لأنشطتهم، أما (Macmillan&Tampoe2000) فالميزة التنافسية هي الوسيلة التي تستطيع منظمة الأعمال من خلالها الفوز على المنافسين (بني حمدان، إدريس،٢٠٠٩) .

في حين يعرفها (M.Porter، ١٩٩٠،١٩٨٥) بقوله هي مجرد توصل المؤسسة إلى اكتشاف طرق جديدة أكثر فعاليّة من تلك المستعملة من قبل المنافسين، حيث يكون بمقدورها تحسين هذا الاكتشاف ميدانياً، وبمعنى آخر بمجرد إحداث عملية إبداع بالمفهوم الواسع، وهذا التعريف يتضمن أن جوهر التركيز ينصب على الإبداع، وهو الأساس الذي يمكن من خلاله خلق بيئة تنافسية.

ومن خلال تحليل التعريفات السابقة نتوصل إلى مجموعة من الأفكار حول الميزة التنافسية تتمثل في كفاءات الإدارة والاستغلال الأمثل للإمكانات إضافة إلى الأنشطة والأفكار الإبداعية.

إن إستراتيجية التنافس هي مجموعة من الأعمال التي تؤدي إلى تحقيق ميزة تنافسية تتصف بالاستمرارية وهذه الإستراتيجية تعتمد من خلال ثلاث مكونات وهي(نبيل مرسي،١٩٩٨) :

- طريقة التنافس.
- حلبة التنافس.
- أساس التنافس.

في البداية يجب الحرص على وجود ميزة تنافسية من خلال البحث في القدرات التي نملكها ومعرفة كيفية توظيفها للحصول على ميزة تنافسية ثم التركيز على استمرارية هذه الميزة التنافسية لأطول فترة ممكنة ومحاولة إيجاد ميزات تنافسية أخرى للمحافظة على الديمومة، فالاعتماد على ميزة تنافسية واحدة تبقى المؤسسة ضمن نطاق الخطر لإمكانية التقليد من قبل المنافسين، لذا فمن المفضل دائماً تعدد مصادر الميزة التنافسية، وكل ذلك جنباً إلى جنب مع استغلال التغيرات الخارجية لمواكبة ما يحصل في السوق والمحافظة على الموقع التنافسي ومحاولة زيادة قدراته،

ثم من تحديد الإستراتيجية المتبعة والمعرفة التامة بالوسائل المؤدية إلى تقليل التكلفة أو السعي نحو التميز.

يرى بورتر (Porter، ١٩٩٠) أن الميزة التنافسية تنقسم إلى نوعين :

- التميز في التكلفة (Advantage Cost) وتعني قدرة المؤسسة على توفير خدمة بسعر أقل مقارنة مع المؤسسات المنافسة، الأمر الذي يؤدي إلى تعاظم الفوائد.
- التميز عن طرق الاختلاف والتميز (Differentiation Advantage) وتعني قدرة المؤسسة على تقديم منتج متميز للمستهلك سواء كان بجودة أعلى أو بصفات خاصة للمنتج، أو بالخدمات التي تلي خدمة ما بعد البيع، أو الخدمات المرافقة.

وبدون أدنى شك فأن تلك المؤسسات التي تهدف إلى تقليل الكلفة وتقديم منتجات متميزة بذات الوقت هي المؤسسات التي تسعى للريادة، وهذا ما يمكن أن ينعكس باكتساب حصة كبيرة في السوق.

من أين تأتي الميزة التنافسية، يمكننا التمييز بين ثلاث مصادر للميزة التنافسية وهي:

- التفكير الإستراتيجي (Strategic Thinking)

تعتمد المؤسسة على إستراتيجية معينة للتنافس بهدف تحقيق الأسبقية على الآخر، فالمؤسسة تعتمد على إستراتيجية معينة لتحقيق أهدافها، ويرتبط نجاح أو فشل المؤسسة بقدرتها على تحقيق تلك الأهداف، وكما تم الإشارة سابقاً بأن (Porter) صنف هذه الاستراتيجيات إلى ثلاثة أصناف وهي (قيادة التكلفة، إستراتيجية التميز أو الاختلاف، إستراتيجية التخصص أو التميز)

- الإطار الوطني: الإطار الوطني الجيد يتيح القدرة للمؤسسة على الحصول على ميزة تنافسية، في الوقت الذي تمتلك فيه الدولة عوامل الإنتاج الضرورية لتلك الصناعة أو لذلك النشاط والمتمثل بالموارد البشرية والموارد المالية والمعرفة والبنية التحتية، أي إن الإطار الوطني يعطي عوامل دفع وتحفيز لنشاط ما للوصول إلى ميزة أو مزايا تنافسية.
- مدخل الموارد (Resource-based approach)

يشمل مفهوم الموارد كل الإمكانات والعمليات التنظيمية والمعلومات والمعرفة، وهذه الموارد يمكن التحكم بها والسيطرة عليها من قبل المؤسسة، وتمكن المؤسسة من تنفيذ استراتيجياتها والعمل على تحسين الكفاءة والفعّالية.

وتشمل الموارد الإمكانات المالية والمادية والبشرية بأشكالها(مهارات، خبرات الأفراد،الأفكار الإبداعية والقدرات والكفاءات) وهذه يتم تنميتها عبر الزمن، فنقطة البداية وفق هذا المدخل هي موارد المؤسسة التي يتم تحويلها إلى قدرات وكفاءات محورية والتي تصبح بدورها مصدراً رئيساً لتحقيق الميزة التنافسية.

تستند المؤسسات على إستراتيجية معينة للتنافس وذلك من أجل تحقيق السبق على الآخر، ومن خلال الوصول إلى ميزة أو مجموعة من المزايا التنافسية، وتعرف الإستراتيجية على أنها تلك القرارات الهيكلية التي تتخذها المؤسسة لتحقيق أهداف دقيقة، والتي يتوقف على درجة تحقيقها نجاح أو فشل المؤسسة، صنف بورتر (Porter) الاستراتيجيات التنافسية إلى ثلاثة أصناف:

- إستراتيجية قيادة التكلفة أو أقل تكلفة (Leadership Strategy Cost) والتي تسعى إلى تحقيق تكلفة أقل مقارنة مع المنافسين، ولا شك بأن وعي المشتري بالسعر أحد أهم الدوافع التي تشجع المؤسسة على تطبيق هذه الإستراتيجية.
- إستراتيجية التميز أو الاختلاف (Differentiation Strategy) ومن خلالها تسعى المؤسسة للتميز من خلال الجودة والخدمات الممتازة ، وكلما زادت المهارات والكفاءات التي يصعب محاكاتها من قبل المنافسين كلما تزايدت درجات نجاح هذه الإستراتيجية.
- إستراتيجية التركيز أو التخصص (Focus Strategy) وهي من خلال السعي لبناء ميزة تنافسية من خلال إشباع حاجات مجموعة معينة من المستهلكين.

وما من شك بأن إستراتيجية التنافس يمكن أن تشكل أساس للميزة التنافسية، وتعرف إستراتيجية التنافس (Competitive Strategy) على أنها مجموعة متكاملة من التصرفات تؤدي إلى تحقيق ميزة متواصلة ومستمرة على المنافسين(مرسي،١٩٩٨)، أي إن إستراتيجية التنافس تتحدد من خلال ثلاث مكونات أساسية وهي:

- طريقة التنافس وتشمل الاستراتيجيات المتعلقة بالمنتج والسعر والتوزيع.
- حلبة التنافس وتتضمن اختيار ميدان التنافس وأسواق المنافسين.
- أساس التنافس، وتشمل الأصول والمهارات المتوفرة لدى الشركة والتي تعتبر أساس الميزة التنافسية المتواصلة (Sustainable Competitive Advantage)، وبمعنى آخر فإن إتباع إستراتيجية محددة هي حجر الأساس في تحقيق موقع تنافسي جيد، ثم الوصول إلى ميزة تنافسية، وهذه الإستراتيجية تكون انعكاساً لتحليل البيئة الخارجية (External Environment) وللبيئة الداخلية (Internal Capabilities)

إن تحقيق الميزة التنافسية تتم في الوقت الذي تتبع فيه الشركة إستراتيجية تنافس محققة للقيمة، لكن بشرط أن لا تتبع مثل هذه الإستراتيجية من قبل أي من المنافسين الحاليين أو المحتملين في المستقبل، وكذلك يتم الوصول إلى ميزة تنافسية متواصلة في الوقت الذي تقوم به الشركة بتنفيذ إستراتيجية تنافس محققة للقيمة وبشرط استيفاء معيارين هما(مرسي،١٩٩٨) :

- عدم تطبيق هذه الإستراتيجية من جانب المنافسين في الوقت الحالي أو في المستقبل.

– عدم قدرة الشركات المنافسة على تحقيق نفس مزايا تلك الإستراتيجية.

وبأي حال لا بد من تنمية وتطوير الميزة التنافسية من خلال البحث المستمر عن طرق جديدة للمنافسة وتطبيقها، وهذا نتاج للإبداع أو الابتكار الذي يهدف للبحث عن أساليب وطرائق جديدة والقدرة عن إحداث التغيير والبحث عن مداخل جديدة وأشكال جديدة للتوزيع أو التسويق وإجراء البحوث والدراسات ومواكبة ظهور الأساليب التكنولوجية الحديثة، ومواكبة الحاجات الجديدة للمستهلكين، وتغيير تكاليف المدخلات ودرجة توافرها أو الاستفادة من التغيرات في القيود الحكومية.

ويمكن تحديد نوعية ومدى جودة الميزة التنافسية بثلاث طرق (مرسي،١٩٩٨):

١: مصدر الميزة التنافسية، ويمكن ترتيبها وفق درجتين وهما الميزة التنافسية من المرتبة المنخفضة، مثل التكلفة الأقل، وهذه يسهل تقليدها نسبياً من قبل المنافسين، والميزة التنافسية من المرتبة المرتفعة، مثل التميز والتفرد والسمعة الطيبة وجهود تسويقية وعلاقات وطيدة مع المستهلك.

٢: عدد مصادر الميزة التي تمتلكها الشركة فالاعتماد على ميزة واحدة يمكن وبشكل سهل التغلب على تلك الميزة من قبل المنافسين، أما في حالة تعدد المزايا فأنه يصعب على المنافسين تقليدها أو التغلب عليها جميعها.

٣: درجة التحسن والتطوير في الميزة فمن الضروري أن تتحرك الشركات نحو البحث عن مزايا جديدة، وبوقت سابق على المنافسين في محاكاة المزايا القائمة، لذا فإن الأمر يتطلب البحث المستمر عن إيجاد مزايا تنافسية جديدة. وحتى تكون التنافسية ذات فعّالية عالية لابد من أن تكون حاسمة، بمعنى أن تعطي خطوة سابقة عن المنافسين، إضافة إلى اتصافها بالاستمرارية وكذلك أن تكون صعبة المحاكاة من قبل الأطراف الأخرى من المنافسين.

٢-١٣ التشبيك.

مع توسع المنافسة من النطاق المحلي إلى النطاق الإقليمي ثم إلى العالمي، غالباً ما تتغير قواعد المعركة التنافسية ويظهر منافسون جدد لذا فإن الشراكة وبناء الأنظمة الشبكية يعتبران عاملين في غاية الأهمية، أي إقامة التحالفات مع المنافسين والشراكة المكملة، وكثيراً ما تتجه الشركات نحو التحالفات للتعلم، وعادةً ما تكون التحالفات أسرع وأكثر فاعلية من المداخل البديلة للتعلم.

إن عملية تضافر التخصصات هو الأساس الذي يفرض نفسه والذي يسير تكوين القيمة من خلال التحالفات، فالشركات بحاجة إلى شركاء محليين للوصول إلى الأسواق وإلى شركاء إقليميين أو عالميين ليكملوا مهاراتهم (دوز،٢٠٠٣)، ولا بد من الانتباه إلى مدى إسهام كل شريك في التحالف وما مدى الاتفاق على نطاق التحالف وعلى المهام لنجاح التحالف.

يقوم إطار التشبيك Networking على مبدأ الشراكة لزيادة التنسيق والتعاون بين الأطراف وكذلك لتبادل الخبرات والمعلومات.

انتشر مفهوم التشبيك في الربع الأخير من القرن العشرين نتيجة لعدد من المتغيرات الدولية وفي ظل زيادة التطور التكنولوجي في عصر المعلوماتية زادت الحاجة إلى التشبيك لتبادل المعلومات والمعارف في ظل تراجع أهمية الحواجز الجغرافية في بناء العلاقات والانخراط في الشبكات(أبو النصر،٢٠٠٧). فالتشبيك هو إقامة علاقات متبادلة بين عدة أطراف، وهذه الأطراف لديها الاستعداد لكي تتعارف فيما بينها، وذلك لتحقيق أهداف ومصالح مشتركة بينها تعود بالفائدة على الأطراف المشاركة، وهذا الإطار اختياري بين الأطراف وليس إجباريا.

لقد أفرزت العولمة ضرورة وجود الكيانات الكبيرة سواء في المجالات الاقتصادية أم الاجتماعية، فقيامها ليس هدفاً بحد ذاته ولكنها وسيلة لتحقيق الغايات والأهداف، وتمثل التحالفات الإستراتيجية رد فعل منطقي لما يحصل من تغيرات سريعة في النشاط الاقتصادي العالمي، وهذه المتغيرات دفعت العديد من الشركات على تنافس مكاني (على امتداد الأسواق المحلية والإقليمية والعالمية) وتنافس زماني(تنافس على المستقبل).

يعد التشبيك إحدى استراتيجيات بناء وزيادة القدرات لدى الأطراف المشاركة بغية الوصول إلى الأهداف المرجوة وآلية اتصال بين الأطراف، وبما أن العمل الجماعي أكثر فاعلية من العمل الفردي فإن التشبيك يعطي قوة تأثير إضافية للأطراف، كذلك فإنه يعمل على تعظيم وتوسيع نطاق فرص الوصول إلى أكبر شريحة من متلقي الخدمة، وزيادة القدرة على تبادل المعلومات والخبرات بين الأعضاء، يمكن أن يحقق أطراف الشبكة مجتمعيين ما يعجز عن تحقيقه طرف واحد، وتزيد لديها القدرة على اتخاذ المبادرات وتعظيم الخبرات والموارد وتوزيع الأدوار آنياً ومستقبلياً وتوسيع نطاق العمل بشكل كبير.

يتطلب الانتقال من العمل الفردي إلى العمل الجماعي مجموعة من الإجراءات لتكون عملية البناء عملية محكمة قادرة على تحقيق الغايات والأهداف وذلك ليتم من خلال إقامة اللقاءات والاجتماعات المشتركة بين الأطراف وتحديد الأهداف القصيرة وطويلة المدى التي يمكن تحقيقها، وكذلك عملية توزيع الأدوار وتحديد الوسائل المناسبة لتحقيق الأهداف والاتفاق على الجوانب المادية، ودراسة قدرات وإمكانات كل طرف، والأدوار التي يمكن رسمها لخدمة الشبكة، والاتفاق على أسلوب العمل وعملية تبادل المعلومات والخبرات، إن مجمل هذه الأمور التنظيمية يعطي القدرة الأولية لهذه الشبكة على تحقيق أهدافها.

وإذا كان الحديث عن مجمل الايجابيات فإن السلبيات عموماً تتعلق بخطورة الهيمنة، حيث يمكن أن تخضع الأطراف الصغيرة للأطراف الأكثر قوة داخل الشبكة، والخطورة المستقبلية تتمثل في الخوف من التفتت أو التفكك للشبكة لسبب أو لأخر وهذا ما يلحق الأذى بكل أعضاء الشبكة.

التشبيك عملية معقدة مرتبطة بتعاون بين أصحاب المصالح، وتلعب الشركات الصغيرة والمتوسطة دوراً رئيساً في تقديم المنتجات الملائمة و تقديم الخدمات، ولا شك بأن لها دوراً هاماً في تطوير صناعة السياحة في جميع أنحاء العالم، وهذه الشبكات تعمل على دعم السياحة والمساهمة في المشاريع والتنمية.

والشبكات أحد مخرجات التطور التكنولوجي المتسارع الذي ارتبط بالعولمة والشبكة كمصطلح تنموي يشير إلى عملية التفاعل بين مجموعة من الأطراف المعينة، والمتوافقة حول أهداف محددة، وتزايد دور الشبكات وأصبح هناك أدواراً فاعلة للشركات الصغيرة والمتوسطة كزيادة التعاون ونقل المعرفة وإنتاج الخدمات المبتكرة والتسويق المشترك، ولا شك بأنها تملك وسيلة للضغط وتزيد من القدرة التنافسية للشركات، وتعمل على نقل المعرفة من خلال العمل التعاوني من قبل خبراء في مجالات مختلفة تقاسم أفضل الممارسات بين الأعضاء، كذلك فأن تكامل الخبرات ينتج قاعدة أوسع لتطوير الأعمال وتحسين الخدمات والمنتجات وتزيد من قدرة الأعضاء على أساليب العمل المبتكرة وهذا ما يزيد من القدرة التنافسية لها.

(Kuklinski & Knoke، ١٩٨٣) وصفا الشبكات بأنها نوع محدد من العلاقة التي تربط مجموعة من الكائنات والأشخاص والأحداث. أما ,(Christensen، McIntyre، Pikholz ، ٢٠٠٢) يرون أن للتكتلات فرصة عظيمة لتكون قادرة على المنافسة على أساس وطني وعالمي، ومن خلال المنتجات والخدمات الجديدة التي يتم تطويرها يمكن تحقيق الميزة التنافسية. ومن المهم جداً أن تصل الكتلة إلى السوق سواء المحلي أم الدولي للمحافظة على قدرتها التنافسية.

ويمكن لمجموعة من الشركات الصغيرة والمتوسطة المنافسة على الصعيد الدولي من خلال إنشاء

الشبكات ومجموعات أخرى على المستوى الوطني وخارج حدود الدولة، وتنمية الموارد البشرية ونقل المعرفة.

إن عملية توظيف مصطلح الشبكات ***Network*** يؤكد على الدور المحوري للتواصل والاتصال في إطار تكنولوجيا المعلومات التي تسمح بإيجاد هذه الشبكة.

مصطلح التشبيك مشتق من الشبكة وهو تعبير مستعار من علم الهندسة الالكترونية ثم استخدم في مجال العمل التطوعي ومنظمات المجتمع المدني ثم تم إسقاطه واستعماله في مجالات أخرى، ويختلف مفهوم الشبكات بين العلوم الهندسية والعلوم الاجتماعية، ففي العلوم الهندسية تبنى الشبكات بداية ثم ينشا التشبيك اعتماداً على التواجد المادي للشبكة، أما في العلوم الاجتماعية فالعملية مختلفة تماماً فينشأ التشبيك ***Networking*** نتيجة التفاعل بين الأشخاص ثم تتأسس الشبكات، والشبكة في هذه الحالة هي نتاج للتشبيك (العامري،٢٠٠٣).

يعرف (باركر Barker) التشبيك بأنه وصف لعملية نمو وزيادة الموارد لأي منظمة من خلال دخولها عضواً في إحدى الشبكات المرتبطة، مما يسهل لها عملية تبادل الموارد والمعلومات والمهارات والخبرات مع باقي أعضاء الشبكة ويعرف مركز خدمات المنظمات غير الحكومية الشبكة بأنها تحالف من الأفراد أو المنظمات تعبئة مواردها وقدراتها المشتركة لدعم موقف الشبكة وزيادة تأثيرها الخارجي بهدف تحقيق المصالح وأهداف مشتركة مع الحفاظ على استقلالية كل عضو فيها(أبو النصر،٢٠٠٧).

وتعرف (قنديل،٢٠٠٣) التشبيك بقولها، هو خلق روابط وعلاقات في إطار غير تراتبي، تضم أفراداً أو مجموعات أو منظمات بشكل طوعي اختياري، بهدف تحقيق أهداف مشتركة من خلال الاعتماد على عدد من الآليات، وعلى ذلك فهذا أسلوب لإيجاد علاقات بين مجموعة من الأطراف المختلفة، وتتشارك في المعلومات وفق أسلوب عمل منظم ليحقق أهداف مشتركة.

وما من شك بأن التقدم الهائل في تكنولوجيا المعلومات ساعد وبشكل فعّال في تأسيس وانتشار الشبكات، وغالباً ما يتم التشبيك بين جهات تواجه نفس الإشكاليات أو التحديات أو تتوافق لتحقيق أهداف متشابهة من خلال تنسيق الجهود وبناء استراتيجيات التحالف، فالشبكات هي بتعبير آخر فن بناء التحالفات.

إذن فالشبكات تنشأ نتيجة تفاعل بين مجموعة من الأطراف من خلال عمليات طوعية، يعمل جميع الأطراف لتحقيق أهداف معينة، يتوقعون أن لديهم القدرة على تحقيق هذه الأهداف بشكل أفضل من خلال هذا التحالف الجمعي كما أنها أداة اتصال وآلية للربط بين الأطراف تتجاوز الحدود المكانية (العامري، ٢٠٠٣).

تبرز أهمية الشبكات في قدرتها على التأثير على صناع القرار وتطوير الأداء من خلال تبادل الخبرات والدور المحوري في تدفق المعلومات، وكذلك يحمل فكر التشبيك معه إمكانية هائلة لبناء القدرات وتحسين الأداء وتفعيل تأثيرها.

تصنف الشبكات من منظورات مختلفة(العامري، ٢٠٠٣)، على الرغم من أنه لا يوجد تصنيف حصري للشبكات.

- تصنف من منظور جغرافي: وتقسم على أساس عالمي، إقليمي، قطري، محلي.
- تصنف وفق المتغير القانوني والمؤسسي، فتنقسم إلى شبكات رسمية (العلاقات بين الأعضاء تأخذ شكلاً رسمياً من خلال وجود لائحة للنظام الأساسي يحدد بوضوح الحقوق والمسؤوليات وآلية اختيار الأعضاء وعمليات اتخاذ القرار، أما غير الرسمية فهي لا تمتلك مظلة قانونية رسمية أو نظاماً أساسياً يحدد العضوية، وفي هذه الحالة يتم بين أفراد أو منظمات ويقوم أخد الأطراف بدور المنسق والقائم بالاتصال، ولكن بصورة غير رسمية، ومن سلبياتها أن غياب القائم بالتنسيق غالباً ما يؤدي إلى توقف الشبكة.
- التصنيف الثالث يحدد وفقاً لمتغير الوظيفة أو النشاط، وهنا يمكن التفريق بين نوعين من النشاط، يركز الأول على موضوع رئيس تعمل فيه الشبكة، والنمط الآخر هو شبكات عامة أكثر اتساعاً ومرونة، أي إنها لا تقتصر على نشاط معين.
- التصنيف الرابع وهو معتمد على ظروف تأسيس الشبكة واستمراريتها، وهناك نمطان من الشبكات وفقاً لهذا المعيار، النمط الأول ويرتبط تأسيسه بحدث معين وفي فترة زمنية محددة، فهذا النمط يرتبط بارتباط الحدث، وغالباً لا تستمر هذه الشبكات لفترة طويلة، مع ملاحظة إمكانية الاستمرار لفترة بعد انتهاء الحدث ولكنها سرعان ما تنتهي. أما النمط الآخر فهو يتسم بالاستمرارية ولا يرتبط بحدث معين أو لتحقيق أهداف لفترة محددة لذا يبدو كأنه نشاط أو عملية مستمرة.
- التصنيف الخامس، وفقاً لعنصر الفعل أو رد الفعل، وهذا التصنيف يقترب من تصنيف آخر وهو شبكات رد الفعل ***Reactive Network*** وشبكات قبل الفعل ***Proactive*** .

أما النمط الأول فتأسيسه نتيجة إدراك الأطراف بوجود قيمة مضافة في حالة التشبيك ولمواجهة أحداث تستلزم التشبيك، أما النمط الأخر وهو شبكات قبل الفعل فهي تؤسس بناءً على وجود رؤية مشتركة بين أطراف متعددة حول مسألة معينة وشيكة الحدوث تتطلب عملية تشبيك.

وبشكل عام تتصف هذه التصنيفات بالمرونة والتداخل ويمكن تنميط الشبكة أكثر من نمط أو يتحول من نمط لآخر.

الشبكة مجموعة من العلاقات الاجتماعية الرسمية وغير الرسمية والتي تشكل عملاً تعاونيا بين مجموعة من الأطراف، وتسعى إلى تحسين التفاهم حول الهياكل التنظيمية والتركيز على القضايا المترابطة والحلول البديلة، وتتميز الشبكات عن طريق مجموعة متميزة من المشاركين والتي تتجاوز الحدود التنظيمية، سعياً إلى الترابط الذي يؤدي إلى فرص نقل وتبادل المعرفة والتي لها سمات مهمة للتطوير والابتكار ولزيادة القدرة التنافسية، وتزايد الاهتمام في تعزيز الشبكات بوصفها تنظيماً وتعزيزاً للعمل المشترك.

ويبين(دوز،٢٠٠٣) مجموعة من الأغراض الأولية للتحالفات:

- التزامل: وهي تحول المنافسين إلى حلفاء والى مقدمي سلع وخدمات مكملة بعضها ببعض، من أجل تطوير أعمال جديدة، بمعنى آخر تقوم الزمالة بتحويل المنافس من كونه تهديداً إلى حليف، إضافة إلى إقامة علاقات مع الشركاء أصحاب السلع المكملة من أجل خدمة التحالف.
- تكامل التخصصات: فالشركاء يسهمون بموارد فريدة ومختلفة لخدمة التحالف، وتكوين قيمة إضافية حيث تتفاعل تلك الموارد وتزداد قيمتها عندما تتجمع معاً في جهد مشترك.
- التعلم والتزود بالمهارات: تؤدي التحالفات إلى التعلم وإدخال مهارات جديدة وبالذات تلك المهارات والمعارف الضمنية التي يصعب الحصول عليها، إلا أنها تصبح ممكنة في حال تعلمها من شريك.

وهذه الشبكات يمكن أن تنشأ على مستوى وطني أو إقليمي أو عالمي، وتختلف الأسس التي تتشكل ضمنها هذه الشبكات فأحياناً يكون الإطار الجغرافي هو الأساس في تشكيلها وأحيانا أخرى تتشكل على مستوى القطاع.

٢-١٣-١أنواع الشبكات

هناك العديد من أنواع الشبكات ومن تلك التصنيفات:

١. يمكن أن تصنف الشبكات على أسس جغرافية كما سبق ذكره، فتنشأ لدينا شبكات على مستوى الدولة، أو على مستوى الإقليم ويمكن أن تكون على مستوى دولي وبلا شك فإنه كلما زاد النطاق الجغرافي لهذه الشبكات زادت قوتها في إحداث التغيير.
٢. التصنيف على أساس القطاع، فتظهر لدينا شبكات لعدد من المؤسسات التي تعمل ضمن مجال معين، كالحديث عن المؤسسات العاملة في قطاع السياحة العلاجية وكذلك يمكن الحديث عن شبكات تجمع أطراف يعملون في مجالات مختلفة كالحديث عن شبكة علاقات بين مؤسسة علاجية وأطراف أخرى تعمل في مجال التسويق والخدمات السياحية....الخ.
٣. التصنيف على أساس الصفة الرسمية، فتظهر لدينا شبكات من القطاع الخاص وتكون لدينا شبكات تمثل القطاع الخاص والقطاع الحكومية في نفس المجال.

وتتداخل التصنيفات السابقة أيضا في شبكة علاقات معقدة، فيصبح التصنيف ليس ذو أهمية يتداخل فيها الأساس الجغرافي مع أساس القطاع العامل مع الصفة الرسمية.

وبما أن الحديث عن التشبيك ارتبط بمجموعة من المؤشرات الرئيسة كالحديث عن الاشتراك الاختياري والاستقلالية وتحديد الأدوار وتبادل الخبرات. وحتى ينجح التشبيك لابد أن تتوافر فيه مجموعة من الشروط كالرغبة والاستعداد للعمل والعمل بروح الفريق وسهولة انتقال المعلومات والخبرات والمحافظة على الاستقلالية لكل طرف ورسم الأدوات وتوضيحها بالشكل الدقيق والابتعاد عن التنافس والصراعات الداخلية فيما بينها.

وربما تهيئ الظروف لإقامة شبكة بين مجموعة من الأطراف لكن الغاية الرئيسة ليس قيام الشبكة بحد ذاتها، وإنما قدرة وفاعلية الشبكة في تحقيق النتائج، أي أن الحديث يتركز هنا عن الفعّالية Effectiveness ، وفاعلية التشبيك هي مجموعة من المتطلبات يمكن أن تصاغ على شكل مجموعة من الأسئلة.

- هل هناك رؤية واضحة ورسالة محددة للشبكة؟
- ما الغاية وما المهمات المطلوبة من قيام هذه العلاقات؟
- هل تم تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها؟
- هل لهذه الشبكة تأثير فعّال على متلقي الخدمة؟
- هل تم تنمية قدرات الأفراد من خلال إقامة هذه الشبكة؟

إنها مجموعه من الأسئلة الواجب طرحها حتى يكون لإقامة هذه الشبكة فعّالية، وأن لا يكون

على تحقيق الغايات والأهداف المرجوة ، وهذا يتطلب إطاراً نظرياً محكماً وتطبيقاً عملياً وواقعياً لحصد الغايات المرجوة.

ولكن عادة ما تتطلب الأفكار الإبداعية فكراً خَلاقاً (Creative) وهي الجهة صاحبة الفكرة والتي عادة تقوم بدور المنسق (Coordinator) لجميع أعضاء الشبكة والذي يعمل على تعميق العلاقات بين الأطراف والعمل على صنع واتخاذ القرار بهدف إحداث تغيير ايجابي.

هذا وقد أدى ارتفاع المنافسة المحلية والإقليمية بين المؤسسات العلاجية وانخفاض درجة ولاء المرضى إلى زيادة أهمية التسويق والترويج للخدمات السياحية وتعرف العملية التسويقية بأنها عملية التخطيط والتنفيذ الخاصة بتسعير وترويج وتوزيع الأفكار والسلع والخدمات لتوفير التبادل الذي يشبع حاجات الأفراد ويحقق أهداف المؤسسة.

ومن العناصر الأساسية للعملية التسويقية (الحديد،٢٠١٠)

- الحاجات (Needs) وهي المفهوم الأساسي للعملية التسويقية، فالإنسان لديه العديد من الحاجات التي يسعى إلى إشباعها.
- الرغبات(Wants) وهي درجة متقدمة من الحاجات، وهي الوسائل التي يلجاء إليها الإنسان لإشباع حاجاته.
- الطلب (Demand) يتحدد الطلب على الخدمات برغبات الأفراد في الشراء وقوتهم الشرائية، ومدى استعدادهم للإنفاق، وعادة ما يتحدد الطلب وفق إطار زماني ومكاني.
- المنتجات (Products) وهي الخدمة (الملموسة و غير الملموسة) والذي يقوم الفرد بالبحث عنها، طالما هناك حاجة ورغبة وقوة شرائية.
- التبادل (Exchange) وهو جوهر العملية التسويقية، فيحصل الفرد على خدمة مقابل دفع مبالغ نقدية.
- المعاملات (Transaction) وهي الوحدة الأساسية لإتمام عملية التبادل.
- الأسواق (Market) وهي المكان الذي يلتقي فيه جانب العرض مع جانب الطلب، وتوقف حجم السوق على عدد المشترين والذين لديهم القدرة على إتمام عملية التبادل وتحقيق أهداف كل من البائع والمشتري، وهنالك العديد من الأسس التي يتم على أساسها تصنيف الأسواق، كالأسس الديمغرافية والجغرافية.

تبرز الحاجة لشراء الخدمات العلاجية لارتباطها بصحة الفرد واستمراريتها، لذا فإن أساليب التسويق يفترض بها أن تركز على جودة الخدمة العلاجية وإيصال الرسالة كاملة وعدم الاكتفاء بالتركيز على الخصومات في الأسعار.

وتساعد أنشطة التسويق في زيادة حجم النشاط الاقتصادي، فبدون عمليات التبادل لا تحدث معظم الحركات الاقتصادية في المجتمع، وكذلك فإن التسويق يساعد على الابتكار، فهو يقوم بعملية تنشيط للطلب على السلع والخدمات ويسهم بشكل أو بآخر في زيادة قيمة السلع.

وعادة ما يكون المستهلك والخدمة في مواقع جغرافية متباعدة، فعلى سبيل المثال الخدمات العلاجية في الأردن نجد مستهلكيها في العراق وفلسطين واليمن والسودان وليبيا إضافة إلى مواقع أخرى، وعادة ما ينتقل المنتج إلى المستهلك، ولكن في هذه الحالة لا بد من انتقال المستهلك إلى موقع تقديم الخدمة.

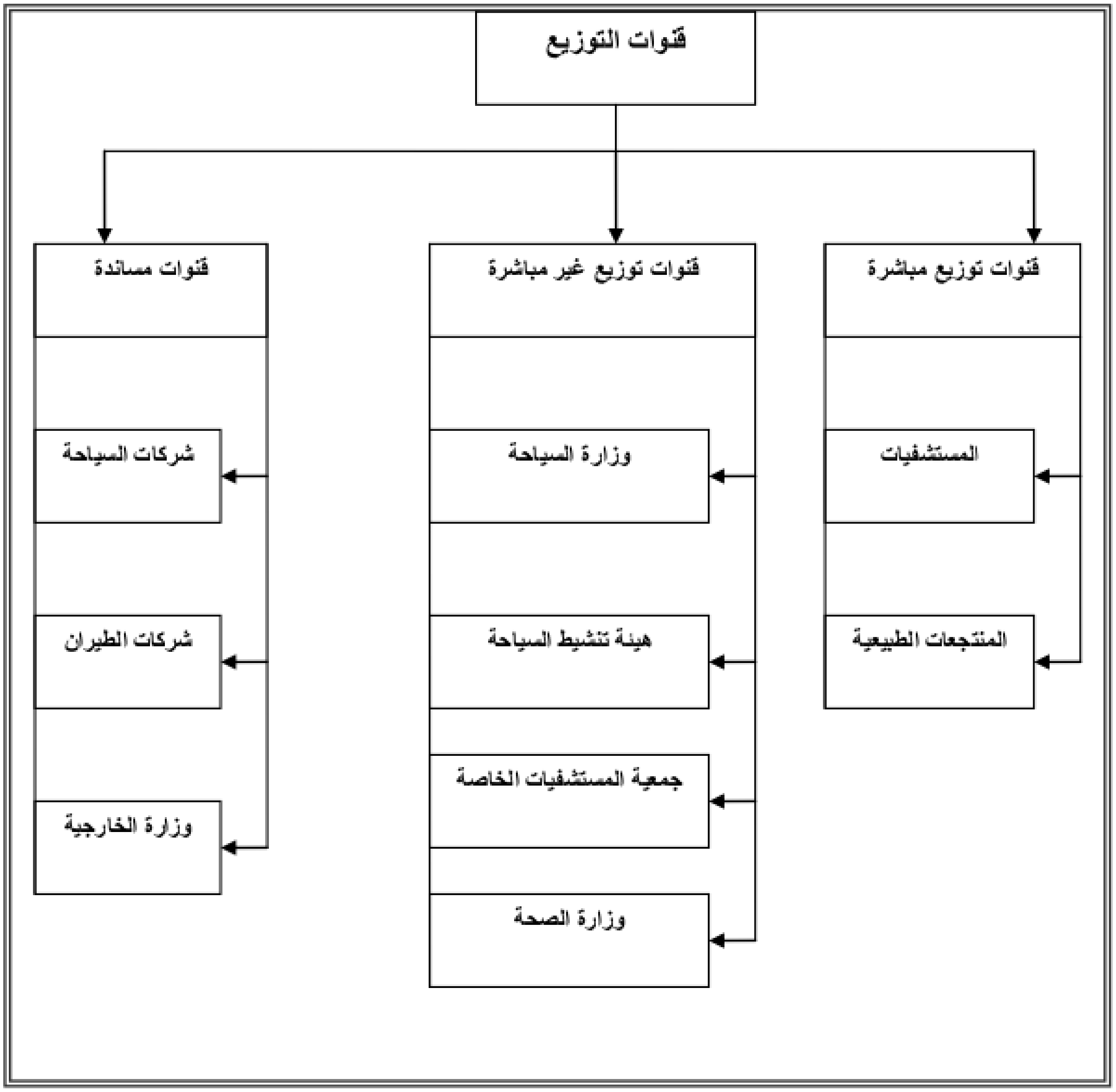
فالتسويق يساعد في تجاوز الفجوة المكانية (Spatial Gap) بين المستهلك وبين الخدمة. ولعل واحدة من أهم المرتكزات الرئيسة هي أهمية التسويق في تجاوز الفجوات في المعلومات والاتصال وقلة الإدراك والتي تعني عدم إلمام كل المستهلكين بما يمكن أن يقدمه المنتج وكذلك تعينهم على تجاوز الفجوات المتعلقة باختلاف العادات والثقافات والتقاليد، فالجهود التسويقية تهدف إلى تجاوز هذه العقبات والفواصل، فكلما كانت الفواصل أكثر تبايناً تطلب الأمر جهوداً تسويقية أكبر.

عند الحديث عن مدخلات النظام التسويقي فإننا نتحدث عن عوامل البيئة الداخلية والتي تشمل الإمكانات المالية،الإمكانات البشرية،الإمكانات التكنولوجية، والتنظيم الإداري، وعن عوامل البيئة الخارجية المباشرة كالعملاء والموردين والوسطاء و غير المباشرة كالعامل الديمغرافي والاقتصادي والاجتماعي والسياسي إضافة إلى المنافسين.

وتتداخل في عملية اتخاذ قرارات المستهلك السياحي مجموعة من العوامل الاقتصادية و الاجتماعية و النفسية، مما بجعل القرار في غاية الصعوبة بسبب وجود البدائل، فالنظرية الاقتصادية ترى أن سلوك الشراء تحكمه مفاهيم اقتصادية باعتبارها محددات أساسية في السلوك، ويقوم النموذج الاقتصادي على مجموعة من الفروض العملية أهمها (إبراهيم الحديد،٢٠١٠):

- كلما انخفض سعر البرنامج السياحي ازدادت حركة مبيعاته.
- كلما زاد الدخل الحقيقي للفرد زاد اتجاهه نحو السياحة.
- زيادة الإنفاق على الدعاية والإعلان تؤدي إلى زيادة في الحركة السياحية.

وفي مجال البحث عن إطار مؤسسي يوضح الجهات المسؤولة عن الخدمة العلاجية في مجمل الأسواق المستهلكة، ضمن إطار تخطيطي منسق من قبل المؤسسات الحكومية وشبه الحكومية والخاصة باعتبارها أهم القنوات التوزيعية لخدمات السياحة العلاجية والشكل (٥) يبين أهم قنوات التوزيع للخدمات العلاجية في الأردن.



الشكل ٥. قنوات التوزيع للخدمات العلاجية في الأردن

٢-١٤ التقييم

إن عملية التطوير والتحسين والكشف عن نقاط الضعف تحتاج إلى عملية تقييم شاملة فالطريقة التي تتم بها عملية التقييم يمكن أن تكون لها انعكاسات إيجابية على المؤسسة وعلى الأفراد جميعهم، فالأفراد يتعلمون بطريقة أفضل إذا ما تلقوا تغذية راجعة مرتبطة بنوعية أدائهم، وإذا ما تعرفوا على أخطائهم فسيكون من السهل عليهم إجراء عملية التغيير والتطوير ولو بشكل متباين حسب قدراتهم ويشير مفهوم التقييم ***Evaluation*** لغوياً إلى تقدير قيمة الشيء، ويمكن تعريف التقييم بأنه عملية بحث تطبيقية لجمع وتحليل الدلائل ***Evidence*** التي تصل بنا إلى تحديد أو تقدير أو الحكم على برامج وسياسات ***Policies*** ونوعية ***Quality*** أو خطة أو منتج ***Product*** أو قيم ***Values*** أو أشخاص(قنديل،٢٠٠٣) .

ومن التعريفات الأخرى للتقييم تعريف البنك الدولي عام ٢٠٠٤م " تقديراً منظماً وموضوعياً لبرامج أو سياسة أو مشروع، بما يشمل تصميمها وتنفيذها ونتائجها". وتضمن هذا التعريف عدة مستويات من التقييم وهي عملية التصميم(المرحلة الأولى) والتي تشمل وضع الخطة ثم التنفيذ الذي يشتمل على المراقبة للتنفيذ ثم النتائج والآثار، وأهمية التقييم تكمن في دورها في تطوير قرارات وبرامج وسياسات صانعي القرار وصانعي السياسات.

بحوث التقييم يمكن تعريفها بأنها" دراسة لشيء محدد بأسلوب ومنهجية منظمة وتفصيلية، وتهدف للوقوف على نقاط القوة وتحديد نقاط الضعف في المنظمات والسياسات والبرامج والأشخاص والاحتياجات والأنشطة، وتحديد الطرق والوسائل للتحسين، وتحديد ما إذا كانت المخرجات قد تحققت في توافق مع الأهداف" (قنديل،٢٠٠٣) وهذا التعريف عكس مجموعة مكونات مهمة:

- أسلوب ومنهجية يتم الاستناد إليها.
- التقييم يسعى لإبراز نقاط القوة والوقوف على نقاط الضعف.
- يمكن أن يتوجه للمنظمة ككل أو يختص بأداء العاملين.
- الهدف والغاية هو التطوير والتحسين.
- التقييم يهتم بالمخرجات والنتائج والآثار إلى جانب اهتمامه بالمدخلات.

من النادر ألا تتوسع المنظمة في أي وقت من وجودها، وسيتطلب التغيير في بنية المنظمة شكلاً من أشكال الاستجابة وسيكون ذلك بتوسع أو تنوع أو انكماش، وفي العادة لا يحدث هذا التغير صدفة بل نتيجة اتخاذ قرارات وخطط، والمنظمات الأفضل يكون التخطيط نشاطاً عادياً، حيث يتم تطوير الخطط الإستراتيجية وتهذيبها وإعادة النظر فيها وحتى تكون المنظمة إستراتيجية بشكل حقيقي فأن عليها تطوير رؤية عن توجهها وأهدافها المشتركة الملموسة التي تحققها من أجل النجاح التنظيمي واشتقاق خطط عمل من هذه الرؤية، وأن تحتوي خطط العمل تلك على مجموعة

من الاحتمالات وتقييم كامل لقوة وضعف المنظمة، إضافة إلى عمل تقييم لكل الموارد المتاحة للاستخدام. (مارجريت ديل،٢٠٠٢).

إن الهدف الرئيس للتقييم هو التشجيع على الفهم وإلى التعلم من خبراتنا وتوفير قاعدة موضوعية لتحسين الأداء، التقييم (Evaluation) هو التحديد المنهجي لقيمة شيء ما أو أهمية فكرة معينة.

عملية التقييم داخل المؤسسة تقوم بها عادة الإدارة العليا لتحديد مدى نجاح الخيارات الإستراتيجية المطبقة (الظاهر،٢٠٠٩) ويتم ذلك من خلال:

- مراجعة بناء الإستراتيجية.
- بناء معايير الأداء.
- قياس الأداء.
- إجراء التصحيح واتخاذ القرارات اللازمة.

لا شك إن عملية قياس الأداء هي عملية أساسية في العمليات الإدارية المتخذة ولا تقل قدراً بحال عن العمليات الإدارية الأخرى المتخذة كاتخاذ القرار وبناء فرق العمل وغيرها، أما الجوانب التي يتعرض لها القياس فتشمل الأهداف المرحلية أو الأهداف العامة، والبرامج التنفيذية والعوامل الخارجية، ويقصد بها مدى قبول الخدمة والمعوقات الخارجية وطريقة التعامل مع المجتمع الخارجي.

وحتى نتمكن من قياس إمكانات المؤسسة لا بد من أن عملية التقييم تنقسم إلى مستويين(المستوى الكلي، المستوى الوظيفي).

فالتقييم على المستوى الكلي ويقصد به تجميع معلومات عن المنظمة ككل، لاكتشاف ما تتمتع به المنظمة من نقاط قوة (مزايا تنافسية) ونقاط ضعف بالمقارنة مع المنافسين من عدة جوانب كحضارة المؤسسة التي تتكون من القيم والعادات والتقاليد والأعراف والشعارات وأنماط السلوك في المنظمة وهذه المكونات إما أن تكون عوامل قوة يمكن الاعتماد عليها في بناء الإستراتيجية أو عوامل ضعف تعمل على إعاقة تحقيق الأهداف الإستراتيجية،وكذلك سمعة المؤسسة وهي الصورة الذهنية لدى المتعاملين عن المنتجات والأنظمة والعملاء والموردين والمنافسين، وكل الأطراف في التقييم الخارجي التي تتعامل فيها المنظمة، والتكامل بين أجزاء المنظمة وذلك يعني ضرورة وجود تكامل أو تنسيق بين أجزاء المنظمة وعدم وجود صراعات بين الإدارات، فعملية التنسيق وتوحيد الجهود من أبرز نقاط القوة وفي أغلب الأحيان يتوقف عليها نجاح المنظمة أو فشلها.

أما التقييم على المستوى الجزئي فتعتمد فكرته على تقسيم المنظمة إلى أجزاء، يمثل كل منها وحدة يمكن حصر مدخلاتها ومخرجاتها وتحديد معالم العملية التي تتم داخلها، وأهم خطوة في عملية

التقييم تحديد عناصر النجاح الداخلية التي ستستخدم كمعيار لمعرفة مستوى أداء الجزء المعني من المنظمة المراد الكشف عن قوته أو ضعفه(الظاهر،٢٠٠٩). ويعتمد المدخل على تقسيم المؤسسة إلى مجموعتين من الوظائف وهما الوظائف الإدارية ووظائف المشروع ويشير الظاهر(٢٠٠٩) إلى مجموعة من الوظائف الإدارية تشمل التخطيط والتنظيم والتحفيز والرقابة.

ويعني التخطيط الإعداد المسبق لما تريد المنظمة الوصول إليه في المستقبل، بما يتضمنه ذلك من تنبوء ووضع الأهداف والاستراتيجيات والسياسات والإجراءات والقواعد، أما التنظيم فهو العملية التي تهدف إلى تكامل الجهود نحو تحقيق الأهداف عن طريق تجميع المهام في وحدات متجانسة وتحديد الصلاحيات والمسؤوليات وتحديد خطوط الاتصال بين وحدات التنظيم، ولا شك بأن التنظيم الجيد يساعد المؤسسة على المنافسة، حيث تتخذ قرارات بأسرع ما يمكن وبأقل وقت من التعارض.وتعتمد كذلك على التحفيز، الذي يعود نجاح بعض المؤسسات إلى ولاء العاملين وإخلاصهم، وتعتبره بعض المنظمات الدعامة الرئيسة لاستراتيجياتها، وفي ظل توافر الإمكانات والتي تمكنها من الالتزام بمعدلات عالية من الجودة وفي تقديم المنتج مع قدرة عالية على المحافظة على التكلفة في حدها الأدنى، وإلى الرقابة وتعني أن التنفيذ قد تم وفق الخطط والمعايير المستهدفة، وتمثل قدرة المنظمة على الرقابة أحد نقاط القوة الهامة التي تساعد على المنافسة.

أما تقييم وظائف المشروع فيقصد بها مجموعة الأنشطة المتعلقة بطبيعة نشاط المنظمة، والتي تختلف من صناعة إلى أخرى، وقد تختلف من منظمة إلى أخرى في نفس الصناعة، ومن هذه الوظائف التسويق، الذي يتضمن مجموعة الأنشطة التي يتضمنها انسياب السلع والخدمات من مواطن الإنتاج إلى مراكز الاستهلاك ، وإدارة الموارد البشرية، والتي تتضمن مجموعة من الأنشطة التي تهدف إلى توفير القوى العاملة المحفزة والخلاقة والقادرة على تحقيق أهداف المنظمة، والبحوث والتطوير، وهي الأنشطة التي تعمل على الاستفادة من الدراسات والبحوث في الارتقاء في جودة ما تقدمة المنظمة من خدمات، إضافة إلى ذلك هناك مجموعة أخرى من الوظائف كالإنتاج والتمويل والمشتريات والمخازن.

الفصل الثالث

منهجية البحث

٣-١ مجتمع وعينة الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من خمسة مجتمعات فرعية، لغايات تحقيق النظرة الشمولية والتكاملية في عملية التقييم وللتعرف على آراء جميع الأطراف ذات العلاقة، وهذه المجتمعات الفرعية هي:

١. المستشفيات الخاصة والمستشفيات الحكومية والمستشفيات التابعة للخدمات الطبية الملكية.
٢. الأطباء العاملون في المستشفيات الخاصة وفي المستشفيات الحكومية والمستشفيات التابعة للخدمات الطبية الملكية.
٣. الجهات والهيئات الرسمية وغير الرسمية ذات العلاقة بقطاع السياحة العلاجية.
٤. متلقي الخدمات العلاجية من غير الأردنيين ومن غير (العرب والأجانب) المقيمين بشكل دائم على أراضي المملكة الأردنية الهاشمية.
٥. مواقع السياحة الاستشفائية (العلاج الطبيعي).

ونظراً لوجود مجموعة من العوامل التي تحد من قدرة الباحث في تطبيق دراسته على وحدات مجتمع الدراسة فقد ارتأى الباحث تطبيق دراسته على العاصمة عمان وذلك بسبب :

١. الامتداد الجغرافي الواسع للمؤسسات العلاجية في المملكة الأردنية الهاشمية وهذا ما يترتب عليه تكلفة مالية كبيرة وفترة زمنية طويلة وجهد شاق تحتاج إلى فريق عمل متكامل ليقوم بدراستها.
٢. تركز الطلب الخارجي في غالبيته العظمى على الخدمات العلاجية المقدمة في العاصمة عمان.
٣. تركز الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المقدمة في مستشفيات القطاع الخاص والتي توجد في العاصمة عمان

أما فيما يتعلق بمواقع العلاج الطبيعي فقد اقتصر الباحث الدراسة على خمسة مواقع وهي:

- البحر الميت
- حمامات ماعين
- الحمة الأردنية
- الشونة الشمالية
- حمامات عفرا

يعود السبب في الاكتفاء بهذه المواقع كونها هي فقط من يمتلك نظام إدارة للموقع، أو شكلاً من أشكال الاستثمار سواء كانت تبعية هذا الاستثمار تعود للقطاع العام أم للقطاع الخاص.

٣-١-١: المستشفيات ومواقع العلاج الطبيعي:

٣-١-١-١: المستشفيات.

وهي جميع المستشفيات العاملة في العاصمة عمان، بصرف النظر عن توفر الطلب الأجنبي أو عدم توفره على تلك المستشفيات، واشتملت هذه الفئة على أربع فئات فرعية وهي:

١. المستشفيات الخاصة: وهي جميع المستشفيات الخاصة العاملة في العاصمة عمان وقد بلغت(٣٩) مستشفى خاصاً من أصل (٦١) مستشفى منتشرة على جميع أراضي المملكة الأردنية الهاشمية وهو ما يشكل حوالي (٦٤%) من مجمل المستشفيات الخاصة. أما فيما يتعلق بالطاقة الاستيعابية فأن المستشفيات الخاصة في العاصمة عمان بلغت طاقتها الاستيعابية (٢٩١٤) سريراً من مجمل (٣٨٥٣) سرير في جميع المستشفيات الخاصة في المملكة الأردنية الهاشمية وهو ما يشكل حوالي (٧٥,٦%) من الطاقة الاستيعابية الكلية، وتباينت في أحجامها لذا تم توزيعها لغايات تنظيم الدراسة إلى ثلاث فئات، والجدول (٤) يبين توزيع المستشفيات الخاصة في مدينة عمان حسب الحجم.

الجدول ٤. توزيع المستشفيات الخاصة في مدينة عمان حسب الحجم.

الفئة	عدد الأسرة	العدد
المستشفيات الكبيرة	أكثر من ١٥٠	٥
المستشفيات المتوسطة	من ٥٠ إلى ١٥٠	١٧
المستشفيات الصغيرة	أقل من ٥٠	١٧

المصدر :الباحث، المسح الميداني

وتم توزيع الاستبانة على إدارة المستشفيات للقيام بعملية تعبئة الاستبانة، بشكل مباشر أو بشكل غير مباشر عن طريق مدير العلاقات العامة.

وللنفاذ إلى جوهر عملية التنظيم للسياحة العلاجية والكشف عن دور الشبكات والعلاقات الاجتماعية في رسم المعالم الحقيقية لخريطة السياحة العلاجية تم إجراء مقابلات معمقة مع عدد من المسؤولين في عدد من المستشفيات الكبيرة والمتوسطة ممن سمح لهم الوقت بذلك، فتمت المقابلة مع بعض مدراء المستشفيات وعدد من المدراء الإداريين وعدد من مدراء التسويق ومدراء العلاقات العامة، والجدول رقم (٥) يبين جميع المستشفيات الخاصة التي شملها المسح حسب تخصص المستشفى وعدد الأسرة.

الجدول ٥. المستشفيات الخاصة في مدينة عمان وأعداد الأسرة، سنة (٢٠١١).

الرقم	أسم المستشفى	تخصص المستشفى	عدد الأسرة
١	الإسلامي	عام	276
٢	الأردن	عام	252
٣	التخصصي	عام	200
٤	مركز الحسين للسرطان	سرطان	165
٥	الخالدي	عام	160
٦	المركز العربي الطبي	عام	144
٧	الإسراء	عام	125
٨	الاستقلال	عام	114
٩	الاستشاري	عام	108
١٠	الحياة	عام	90
١١	ملحس	عام	80
١٢	ابن الهيثم	عام	74
١٣	القدس	عام	70
١٤	الشهيد أبو دية	عام	68
١٥	الهلال الأحمر	عام	68
١٦	الدولي	عام	67
١٧	فرح	نسائية	61
١٨	الشميساني	عام	60
١٩	عمان الجراحي	عام	60
٢٠	لوزميلا	عام	58
٢١	تلاع العلي	عام	53
٢٢	الأهلي	عام	50
٢٣	الايطالي	عام	47
٢٤	فلسطين	عام	43
٢٥	الحمايدة	عام	42
٢٦	المواساة	عام	40
٢٧	ماركا التخصصي الإسلامي	عام	38
٢٨	الجزيرة	عام	37
٢٩	العيون التخصصي	عيون	33
٣٠	فيلادلفيا	عام	32
٣١	هبة	نسائية	30
٣٢	الحنان	عام	30
٣٣	عاقلة	نسائية	30
٣٤	الأمل	نسائية	29
٣٥	الأقصى	نسائية	18
٣٦	عبد الهادي للعيون	عيون	17
٣٧	جبل عمان	نسائية	15
٣٨	البيادر	عام	15
٣٩	ميلاد	عام	15

مصدر البيانات: الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة http://www.moh.gov.jo

٢. المستشفيات الحكومية: وهي جميع المستشفيات الحكومية العاملة في العاصمة عمان وبلغ عددها خمسة مستشفيات، من أصل (٣٠) مستشفى حكومي موزعة على مناطق المملكة الأردنية الهاشمية وهي تشكل ما نسبته (١٦,٦%) من مجمل المستشفيات الحكومية، وتبلغ طاقتها الاستيعابية (١٦٤٦) سريراً من أصل (٤٣٥٨) سرير وهو يشكل ما نسبته (٣٧,٨%) من مجمل الطاقة الاستيعابية للمستشفيات الحكومية في المملكة. والجدول (٦) يبين المستشفيات الحكومية في العاصمة عمان وأعداد الأسرة.

الجدول ٦. المستشفيات الحكومية في مدينة عمان وأعداد الأسرة، سنة (٢٠١١).

الرقم	اسم المستشفى	عدد الأسرة
1	البشير	٩٣٠
2	الأمير حمزة	٣٩٩
3	الكرامة للتأهيل النفسي	١٦٥
4	التوتنجي	١١٢
5	المركز الوطني لتأهيل المدمنين	٤٠

مصدر البيانات: الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة http://www.moh.gov.jo

وللغايات التنظيمية فقد تم تقسيم المستشفيات إلى ثلاث فئات حسب الحجم (كبير، متوسط، صغير) بالاعتماد على عدد الأسرة في المستشفى وبالتالي يصبح التقسيم لدينا على النحو الأتي:

الجدول ٧. توزيع المستشفيات الحكومية في العاصمة عمان حسب الحجم

الفئة	عدد الأسرة	العدد
المستشفيات الكبيرة	أكثر من ١٥٠	٣
المستشفيات المتوسطة	من ٥٠ إلى ١٥٠	١
المستشفيات الصغيرة	أقل من ٥٠	١

مصدر البيانات: الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة، بتصرف الباحث

وتم تقديم الاستبانات عن طريق ديوان وزارة الصحة، وعلى الرغم من تقديم كتاب موجه إلى معالي وزير الصحة، وكتاب آخر موجه إلى مدير الموارد البشرية، إلا أن اللجنة المختصة والمستشار القانوني في الوزارة فضل عدم مشاركة المستشفيات الحكومية في الدراسة كونها لا تعمل بشكل مباشر في موضوع السياحة العلاجية.

٣. مستشفيات الخدمات الطبية الملكية: وشملت مستشفيات (مدينة الحسين الطبية، مستشفى الملكة علياء)، ولغايات تنظيمية وإدارية فقد تم التعامل مع مدينة الحسين الطبية باعتبارها وحدة واحدة على الرغم من وجود خمسة مستشفيات داخلها.

٤. المستشفيات الجامعية والمستشفيات الأخرى: وشملت هذه الفئة اثنين من المستشفيات وهما مستشفى الجامعة الأردنية، بطاقة استيعابية تصل إلى (٦٠٠) سرير والمركز الوطني للسكري والغدد الصماء والأمراض الوراثية وهو يتبع لمجلس إدارة مشتركة.

فضل الباحث أن تشمل الدراسة جميع المستشفيات العاملة في العاصمة عمان من أجل تحقيق نظرة شمولية عن مستوى تقييم الأداء المؤسسي وتحسباً لحالة النقص المتوقع حدوثها الناتجة عن رفض بعض المستشفيات قبول الاستبانة أو الإجابة على جميع فقراتها، وعلى ذلك فقد تم التواصل وتوزيع (٤٨) استبانة شاملة لجميع مفردات مجتمع الدراسة وكانت نسبة الاستبانات المرتجعة (٧٢,٩%) من مجمل الاستبانات، والجدول (٨) يبين عدد المستشفيات حسب القطاع وعدد الاستبانات الموزعة والمرتجعة من كل قطاع.

الجدول ٨. الاستبانات الموزعة والمرتجعة على مستشفيات مدينة عمان حسب القطاع.

	عدد المستشفيات	الاستبانات الموزعة	المرتجع
المستشفيات الخاصة	٣٩	٣٩	٣٣
الخدمات الطبية الملكية	٢	٢	١
وزارة الصحة	٥	٥	٠
المستشفيات الجامعية ومستشفيات الإدارة المشتركة	٢	٢	١
المجموع	٤٨	٤٨	٣٥

المصدر: الباحث، المسح الميداني

٣-١-١-٢ مواقع العلاج الطبيعي

تم اقتصار مواقع العلاج الطبيعي على تلك المواقع التي تمتلك نظام إدارة للموقع وأي شكل من أشكال الاستثمار بصرف النظر عن تبعية ذلك الموقع للقطاع العام أو للقطاع الخاص.

وبسبب التباين في حجم ومستوى وطبيعة الخدمات، كان من الصعوبة بمكان تطبيق استبانة موحدة لتلك المواقع لذلك قام الباحث بإجراء تحليل نوعي لكل وحدة من هذه الوحدات بشكل مستقل واعتماد أسلوب المقابلة للتعرف على الخدمات المقدمة وآليات التسويق والصعوبات التي تواجه

تلك المواقع وعلاقات التشبيك في تلك المواقع، في حين طبقت استبانة واحدة على متلقي الخدمة في تلك المواقع وشملت تلك المواقع:

- البحر الميت
- حمامات ماعين
- الحمة الأردنية
- الشونة الشمالية
- حمامات عفرا

وقد استجابت ثلاث إدارات فقط من إدارات المواقع الخمس فيما لم تستجب إحدى الإدارات وهي إدارة موقع الشونة الشمالية أما الموقع الخامس وهو موقع الحمة الأردنية فقد كان مغلقاً لأعمال الصيانة.

٣-١-٢ :الأطباء

شملت الدراسة جميع الأطباء العاملين في المستشفيات في مختلف القطاعات في العاصمة عمان مع تعذر توزيع الاستبانة في مستشفيات القطاع الحكومي، ولصعوبة حصر عدد الأطباء العاملين في القطاع الخاص نظراً لوجود نسبة عالية منهم من أطباء الاختصاص غير المقيمين، والتباين في عدد الأطباء بين المستشفيات فقد تم توزيع الاستبيان على عينة من الأطباء بالاستعانة بفئة المستشفى (كبير، متوسط، صغير) كمرجعية في عدد الاستبانات الموزعة على كل مستشفى، بحيث تم تخصيص عشرة استبانات لكل واحد من المستشفيات الكبيرة، وخمسة استبانات لكل واحد من المستشفيات المتوسطة، وثلاث استبانات لكل واحد من المستشفيات الصغيرة، وعلى ذلك فقد تم توزيع (٢١٩) استبانه على الأطباء العاملين في المستشفيات، تم استرجاع (١٩٣) استبانه أي ما نسبته (٨٨,١%) من مجموع الاستبيانات الموزعة، خضعت جميعها للتحليل الإحصائي، وتمت عملية توزيع الاستبانه عن طريق العلاقات العامة أو وعن طريق مكاتب الاستقبال ومن خلال مكاتب الأطباء بشكل مباشر.

وتزامنت عملية توزيع الاستبانة في ذات الفترة التي تم فيها توزيع الاستبيان الخاص بإدارة المستشفيات أي في الفترة الزمنية الممتدة من الأسبوع الأول من تموز (٢٠١١/٧) وحتى الأسبوع الأول من آب(٢٠١١/٨).

ويوضح الجدول رقم (٩) توزع جميع المستشفيات حسب الفئة (كبير، متوسط، صغير) بعد استثناء المستشفيات الحكومية ومجموع الاستبانات التي تم توزيعها على كل فئة ونسبة ما تم استرجاعه منها.

الجدول ٩. عدد الاستبيانات الموزعة على عينة الأطباء حسب حجم المستشفى.

الفئة	العدد	عدد الاستبيانات	مجموع الاستبيانات	المرتجع	النسبة
المستشفيات الكبيرة	٨	١٠	٨٠	٧٣	%٩١,٢
المستشفيات المتوسطة	١٧	٥	٨٥	٧٦	%٨٩,٤
المستشفيات الصغيرة	١٨	٣	٥٤	٤٤	%٨١,٤
المجموع	٤٣	-	٢١٩	١٩٣	%٨٨,١

المصدر: الباحث، المسح الميداني.

٣-١-٣: متلقو الخدمة: اشتملت فئة متلقو الخدمة على مجموعتين هما:

٣-١-٣-١: متلقو الخدمة العلاجية الطبية في المستشفيات.

ويشمل جميع المرضى العرب والأجانب من غير المقيمين في الأردن، ولصعوبة تحديد العدد الكلي من متلقي الخدمة، فقد تم اختيار عينة من متلقي الخدمة(المرضى) الذين يتلقون الخدمات العلاجية في مستشفيات العاصمة عمان خلال فترة إجراء المسح ممن كانت حالتهم الصحية تسمح بذلك، وفي عدد من الحالات تمت عملية تعبئة الاستبانه من قبل المرافقين بسبب مجموعة من العوامل تمثلت فيما يلي:

- الحالة الصحية لمتلقي الخدمة العلاجية.
- العادات والتقاليد، حيث كان من الصعوبة بمكان في كثير من الحالات التعامل مع الإناث، لذا كان يقوم المرافق (الزوج، الابن، الأخ، الأب) بتعبئة الاستبانة مع التنبيه بأن البيانات الأساسية يجب أن تخص المريض نفسه ولا تخص معبئ الاستبانة.
- المستوى التعليمي، فقد واجه الباحث عدداً من الحالات من كبار السن ومن الإناث لا يتقنون القراءة والكتابة، فقام المرافق بتعبئة الاستبيان وأحيانا قام الباحث بقراءة الأسئلة وتعبئة الاستبانة بناءً على إجابة متلقي الخدمة.

وقد تم اختيار عينة بلغت (٢٢٥) حالة من متلقي الخدمة خلال فترة إجراء الدراسة، تمت استعادة (٢٠٠) استبانه، أي بنسبة (٨٩%) وكانت صالحة لغايات التحليل الإحصائي بسبب الآلية المتبعة في توزيع الاستبانه والتي تمت على شكل مقابلة في معظم الأحيان.

وقد تم توزيع الاستبانات في جميع المستشفيات وبنسب متفاوتة حسب تواجد المرضى غير الأردنيين وعلى الرغم من تركز أغلب الحالات في المستشفيات الكبيرة إلا أن بعض المستشفيات المتوسطة والصغيرة والتي تقدم خدمات نوعية كان لها دور فعّال في وجود المرضى غير الأردنيين، وامتدت فترة توزيع الاستبانة لمتلقي الخدمات العلاجية الطبية في المستشفيات من الأسبوع الأول من تموز (٢٠١١/٧) ولغاية الأسبوع الأول من آب(٢٠١١/٨).

٣-١-٣-٢: متلقو الخدمة العلاجية الاستشفائية في المواقع الطبيعية

وشملت جميع الأفراد غير الأردنيين من عرب وأجانب غير المقيمين على الأراضي الأردنية ويتلقون خدمات في مواقع الاستشفاء الطبيعي التي تم الإشارة إليها.

ولصعوبة حصر أعداد متلقي الخدمة فقد تم اختيار عينة من متلقي الخدمة في المواقع السابقة وقام الباحث بتوزيع (١٥٠) استبيان تمت استعادتها جميعا، فيما كانت الاستبانات الصالحة للتحليل الإحصائي (١٣٨) استبانه، أما الفترة الزمنية لتوزيع الاستبيان فقد امتدت من الأسبوع الأول من تموز (٢٠١١/٧) ولغاية الأسبوع الأول من آب(٢٠١١/٨).

٣-١-٤: الجهات الراعية والداعمة

تكونت هذه الفئة من الجهات الراعية والداعمة وذات العلاقة بموضوع السياحة العلاجية من الجهات الحكومية وغير الحكومية، وقد تم تحديد تلك الجهات بعد الإطلاع على مجموعة من الأدبيات والدراسات السابقة وبعد أخذ رأي مجموعة من الخبراء المختصين بالمجال السياحي وخبرة الباحث في هذا المجال، وعلى ذلك فقد تم تحديد تلك الهيئات بالجهات الآتية (وزارة السياحة، وزارة الصحة، هيئة تنشيط السياحة، مؤسسة تشجيع الاستثمار، مؤسسات المجتمع المدني العاملة في مجال السياحة العلاجية والمجال الطبي).

وقد تمت عملية توزيع الاستبانة على تلك الهيئات بأكثر من آلية.

- مراجعة القيادات العليا وأصحاب القرار في تلك الهيئات ومن خلالهم تم تحديد الأشخاص ذوي العلاقة، ثم مقابلتهم من قبل الباحث بشكل مباشر.
- تسليم الاستبيانات لدواوين تلك المؤسسات ليقوموا بإيصالها للأشخاص أصحاب العلاقة نيابة عن الباحث.

وقد تم توزيع (٥٠) استبانه على الجهات الخمس التي تم ذكرها، تم استعادة (٣٩) استبيان أي ما نسبته (٧٨%) من مجموع الاستبانات الموزعة كانت جميعها صالحة لغايات التحليل الإحصائي، وامتدت فترة توزيع الاستبانة من (٢٠٠١/٧/١٥) وحتى (٢٠١١/٨/١٥)، وتباينت الفترة الزمنية اللازمة لاستعادة الاستبانات من تلك الهيئات فبعض الاستبيانات تمت استعادتها خلال ثلاثة أيام

فيما احتاجت جهات أخرى إلى حوالي (٣٠) يوم للرد، والجدول رقم (١٠) يبين الهيئات العاملة في مجال السياحة العلاجية وفي المجال الطبي وعدد الاستبانات الموزعة عليها ونسبة ما تم استعادته منها.

الجدول ١٠. عدد الاستبانات الموزعة على الهيئات والجهات الراعية حسب القطاع

الجهة	عدد الاستبانات	المرتجع	النسبة
وزارة السياحة	١٠	٧	%٧٠
وزارة الصحة*	١٠	٥	%٥٠
هيئة تنشيط السياحة	١٠	١٠	%١٠٠
مؤسسة تشجيع الاستثمار	١٠	١٠	%١٠٠
مؤسسات المجتمع المدني**	١٠	٧	%٧٠
المجموع	٥٠	٣٩	%٧٨

المصدر: الباحث، المسح الميداني

* كان التوجه الأولي للباحث توزيع الاستبيان على أصحاب القرار و مدراء الإدارة في وزارة الصحة، إلا أن توصيات اللجنة المختصة في وزارة الصحة سمحت للباحث فقط في توزيع الاستبيان على أعضاء مديرية السياحة العلاجية في وزارة الصحة، والاكتفاء بآرائهم ومشاركتهم في البحث.

** شملت مؤسسات المجتمع المدني الفئات الآتية:

- جمعية المستشفيات الخاصة.
- جمعية المستشفيات الأردنية.
- نقابة الأطباء ونقابة الممرضين
- جمعية السياحة الوافدة.
- جمعية أصحاب الفنادق.

يبين الشكل الآتي جميع المجتمعات الفرعية التي شملتهم الدراسة



الجهة	الاستبيانات الموزعة	الاستبيانات المرتجعة	النسبة
المستشفيات	٤٨	٣٥	%٧٢,٩
الأطباء	٢١٩	١٩٣	%٨٨,٦
الجهات الراعية	٥٠	٣٩	%٧٨
متلقو الخدمة الطبية	٢٢٥	٢٠٠	%٨٩
متلقو الخدمة الاستشفائية	١٥٠	١٣٨	%٩٢
مواقع العلاج الطبيعي	بحث نوعي من خلال المقابلات		

الشكل ٦. رسم توضيحي لكافة الجهات التي شملتها الدراسة

٣-٢: صعوبات ومحددات الدراسة

واجه الباحث في أثناء دراسته مجموعة من الصعوبات والمحددات تمثلت فيما يأتي:

- التباين الواضح في استجابة إدارة المستشفيات للبحث، ففي الوقت الذي رحبت به إدارة بعض المستشفيات في الإجابة عن فقرات الاستبانة وتزويد الباحث بالمعلومات الكاملة والتفصيلية ترددت إدارات أخرى واستغرقت عملية الرد أكثر من شهرين والبعض الآخر رفض بشكل نهائي المشاركة في البحث.
- رفضت إدارة بعض المستشفيات السماح للباحث بتوزيع الاستبيان على الأطباء مما أضطر الباحث إلى التواصل مع الأطباء بشكل فردي وخارج أوقات الدوام وإقناعهم بالإجابة على الاستبيان.
- تأخر الرد من اللجنة المختصة من وزارة الصحة للمشاركة في البحث والتي احتاجت أكثر من شهرين، لتقرر بعدها اللجنة، عدم السماح للباحث بتطبيق الدراسة على مستشفيات وزارة الصحة، أو توزيع الاستبيان الخاص بالجهات الراعية على مدراء الإدارة أو الأطباء والاكتفاء بتوجيه الباحث للتعامل والتعاون مع مديرية السياحة العلاجية.
- باستثناء بعض المستشفيات، كان هناك ضعف واضح في الإجابة على الأسئلة التي تتعلق بالجانب المالي أو فيما يتعلق بعدد متلقي الخدمة من غير الأردنيين أو الدخل المتأتي عنهم.
- التضارب وعدم الدقة في الأرقام الحقيقية لمتلقي الخدمات العلاجية الطبية في الأردن من غير الأردنيين، مما كان له الأثر الكبير في عدم قدرة الباحث للتوصل إلى بعض النتائج التي تثري الدراسة وعدم قدرته على تحديد الحصة السوقية لكل من المؤسسات العلاجية.

٣-٣: الفترة الزمنية لتوزيع الاستبانة.

لم يكن للفترة الزمنية الدور الحاسم في تنفيذ الدراسة كون الدراسة وجهت إلى أكثر من فئة في مجتمع الدراسة فقد وجهت إلى (إدارة المستشفيات وإدارة مواقع العلاج الطبيعي، والأطباء، والهيئات ذات العلاقة بالسياحة العلاجية ومتلقي الخدمة العلاجية من غير الأردنيين) إلا أن الباحث فضل هذا الوقت من السنة لمجموعة من الأسباب يمكن إجمالها فيما يأتي:

- على الرغم من ضعف الموسمية في تيارات السياحة الطبية إلا أن هذه الفترة من السنة تمثل فترة الذروة في تيارات السياحة الطبية والسياحة الاستشفائية بشكل عام في المملكة، حيث تشير الإحصاءات إلى تزايد الطلب على المنتج السياحي الأردني بشكل عام وعلى الخدمات العلاجية بشكل خاص خلال هذه الفترة من الزمن وهو الأمر ذاته الذي أكده مدراء المستشفيات والمدراء الإداريين خلال إجراء المقابلات الشخصية المعمقة من قبل الباحث.
- تمثل هذه الفترة الزمنية بداية العطلة الصيفية في معظم الدول العربية وهو الأمر الذي ينعكس على زيادة الرحلات السياحية من البلدان العربية إلى الأردن والذي عادة ما يرافقه رحلات علاجية استشفائية مصحوبة برحلات الاستجمام.
- هذه الفترة هي فترة عودة المغتربين الأردنيين من السعودية ودول الخليج العربي لقضاء الإجازة الصيفية في الأردن، الأمر الذي يؤدي إلى زيادة فاعلّية شبكات العلاقات الاجتماعية وذلك من خلال استقطاب الأصدقاء والمعارف من دول الخليج العربي للحصول على أفضل الخدمات العلاجية في الأردن في ظل وجود الدليل والمرشد والميسر.

٣-٤: مصادر البيانات وأساليب جمع المعلومات

تستند هذه الدراسة على نوعين من البيانات:

٣ ٤ ١ : المصادر الثانوية:

وتشمل نتائج الدراسات والرسائل الجامعية والإحصاءات والنشرات الصادرة عن المؤسسات والدوائر ذات العلاقة بموضوع الدراسة إضافة إلى الأنظمة والتشريعات والتعليمات المتعلقة بالسياحة العلاجية.

٣-٤-٢: المصادر الأولية:

وتشمل جمع المعلومات والبيانات التي تم الحصول عليها بشكل مباشر من قبل الباحث وذلك عن طريق:

١. الاستبانة وهي الأداة الرئيسة للدراسة والتي تم تصميمها وتطويرها لتحقيق أهداف الدراسة وللإجابة على التساؤلات.

٢. المقابلة وهو الأسلوب الذي استعان به الباحث من أجل الفهم العميق لآلية تنظيم السياحة العلاجية ولفهم الوسائل والأساليب المتبعة بشكلها المعلن أو غير المعلن لجذب المرضى غير الأردنيين، وقام الباحث بإجراء عدد من اللقاءات المعمقة مع مدراء أو مدراء إداريين أو مدراء تسويق أومن المعنيين بقطاع السياحة العلاجية. وقد ساعدت المقابلات في الاستفسار عن القضايا غير الواضحة والحصول على إجابات عميقة من الأفراد أصحاب الاختصاص والمعنيين بشكل مباشر في الموضوع، إضافة للمقابلات المعمقة التي قام بها الباحث مع إدارة المواقع الطبيعية والتي شملت جميع جوانب العمل والتنظيم في تلك المواقع وآليات التسويق.

٣. الملاحظة: وهي من الأساليب التي اعتمد عليها الباحث في دراسته في أثناء العمل الميداني، كمرافقة المرضى العرب وتسجيل الملاحظات، وإجراء مقابلات مع الوسطاء (سائقي سيارات الأجرة، حراس الشقق المفروشة).

٣-٥ أداة الدراسة:

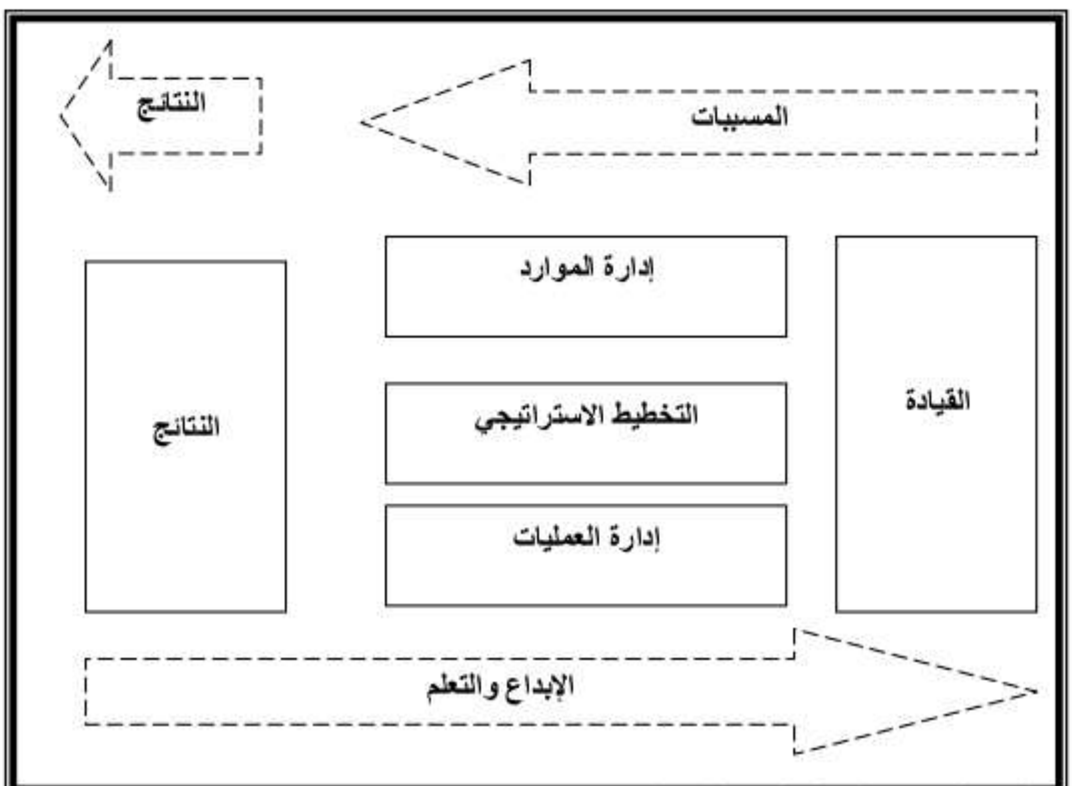
٣-٥-١: الاستبانه:

وهي الأداة الرئيسة للدراسة التي قدمت لمجتمعات الدراسة الفرعية الخمسة ولتلك الغاية تم تصميم أربعة استبانات وهي:

٣-٥-١-١: الاستبانة الخاصة بإدارة المستشفيات واشتملت على مجموعة من الأجزاء.

- الجزء الأول: يتعلق بتقييم الأداء المؤسسي من خلال عملية التقييم الذاتي، وتم الاعتماد بشكل رئيس على نموذج التميز الأوروبي (EFQM) وتعديلاته كما وردت في معايير جائزة الملك عبدالله الثاني للتميز والتي تحتوي على خمسة معايير رئيسة، وهي(القيادة، التخطيط الاستراتيجي، إدارة الموارد، إدارة العمليات، النتائج)، إضافة إلى تقييم أنظمة التسويق في تلك المؤسسات.

ويوضح الشكل رقم(٧) المعايير الخمسة للتقييم، بحيث تشكل كل من المعايير الأربعة (القيادة، إدارة الموارد،التخطيط الاستراتيجي، إدارة العمليات) بُعد المسببات فيما يشكل المعيار الخامس (النتائج) بُعد النتائج.



الشكل٧. المعايير الخمسة لتقييم الأداء المؤسسي
المصدر: مركز الملك عبدالله الثاني للتميز، دليل الاشتراك (٢٠٠٧/٢٠٠٨)

- الجزء الثاني: يهدف إلى تحليل وتقييم نقاط القوة ونقاط الضعف (البيئة الداخلية) وكذلك تحليل وتقييم الفرص والتهديدات (البيئة الخارجية) للسياحة العلاجية في الأردن.
- الجزء الثالث: يهدف إلى تقييم إدارة المستشفيات حول دور القطاعين العام الخاص في تنشيط وتطوير السياحة العلاجية.
- الجزء الرابع: يهدف إلى تحليل آراء إدارة المستشفيات للعوامل المؤثرة في تعزيز القدرة التنافسية للسياحة العلاجية في الأردن.
- الجزء الخامس: يهدف إلى التعرف على أنماط وأشكال علاقات التشبيك في مؤسساتهم واتجاهات الإدارات نحو أهمية علاقات التشبيك.
- الجزء السادس: اشتمل على الأسئلة ذات العلاقة بالخصائص التعريفية والتصنيفية للمؤسسات.

٣-٥-١-٢: الاستبانة الخاصة بالأطباء والهيئات الراعية واشتمل على عدة أجزاء:

- الجزء الأول: واشتمل على الأسئلة ذات العلاقة بالمعلومات الشخصية الذي يقوم بتعبئة الاستبانة وذلك لغايات التصنيف.
- الجزء الثاني:هدف إلى تقييم دور القطاع العام والقطاع الخاص في تنشيط وتطوير السياحة العلاجية.
- الجزء الثالث: هدف إلى تحليل العوامل المؤثرة في تعزيز القدرة التنافسية للسياحة العلاجية في الأردن.
- الجزء الرابع: هدف إلى تقييم نقاط (القوة، الضعف، الفرص، التهديدات) للسياحة العلاجية في الأردن.

٣-٥-١-٣. الاستبيان الخاص بمتلقي الخدمة العلاجية الطبية واشتمل على ثلاثة أجزاء:

- الجزء الأول: يتعلق بالمعلومات الأساسية لمتلقي الخدمة العلاجية وذلك لغايات التصنيف والمقارنة.
- الجزء الثاني: يتعلق بتحليل أسباب اختيار الأردن كوجه لطلب الخدمات العلاجية.
- الجزء الثالث: يتعلق بتقييم درجة رضا متلقي الخدمة لمستوى الخدمات العلاجية التي حصل عليها.

٣-٥-١-٤ الاستبيان الخاص بمتلقي الخدمة العلاجية الاستشفائية واشتمل على ثلاثة أجزاء:

- الجزء الأول: يتعلق بالمعلومات الأساسية لمتلقي الخدمة العلاجية وذلك لغايات التصنيف والمقارنة.
- الجزء الثاني: يتعلق بتحليل أسباب اختيار الأردن كوجه لطلب الخدمات العلاجية.
- الجزء الثالث: يتعلق بتقييم درجة رضا متلقي الخدمة عن الأسعار وعن الخدمات المقدمة.

وقد تمت عملية بناء الاستبانة من خلال مراجعة الأدبيات المتعلقة بالسياحة العلاجية، وكذلك مراجعة الدراسات والبحوث السابقة، ومن خلال المناقشات مع عدد من الأكاديميين والخبراء المختصين بالمجال السياحي، إضافة إلى خبرة الباحث في هذا المجال، وتم إخضاع الأداة لاختبارات الصدق والثبات.

وتم اعتماد مقياس ليكرت (***Likert Scale***) الخماسي للأسئلة المغلقة (من ٥ إلى ١) والتي عبرت عن درجة موافقة المستجيب، حيث أعطيت القيمة (٥) للموافقة بشدة، والقيمة (٤) للموافقة، و(٣) للمحايد، و(٢) لغير الموافق، و(١) لغير الموافق نهائيا.

ولغايات تقييم مستوى الأداء المؤسسي فقد تم استخدام مقياس آخر، حيث تشير القيمة (٥) في المقياس إلى درجة أداء مرتفع جداً، في حين تشير القيمة (١) إلى مستوى أداء منخفض جداً، إضافة إلى استخدام مقياس آخر لتقييم مستوى الخدمات العلاجية التي حصل عليها متلقي الخدمة وعبر عنها بدرجة الرضا للمستجيب وتراوحت بين القيمة(٥) للرضا التام عن مستوى الخدمة والقيمة (١) للتعبير عن عدم الرضا نهائياً.

وبإعادة توزيع المقياس حسب طول الفئة من خلال تطبيق معادلة طول الفئة:

(الحد الأكبر – الحد الأصغر) مقسوم على عدد الفئات

(٥ – ١) / ٥ = ٤/٥ = ٠,٨

والجدول رقم(١١) يبين درجات المقياس حسب طول الفئة لدرجة موافقة المستجيب، ولدرجة تقييم الأداء المؤسسي، ولدرجة الرضا.

الجدول ١١. توزيع قيم مقياس ليكرت حسب طول الفئة

القيمة في المقياس	طول الفئة	درجة الموافقة	تقييم الأداء	درجة الرضا
١	١ – ١,٨	غير موافق نهائياً	مستوى أداء منخفض جداً	غير راضٍ نهائياً
٢	١,٨١ – ٢,٦	غير موافق	مستوى أداء منخفض	غير راضٍ
٣	٢,٦١ – ٣,٤	محايد	مستوى أداء متوسط	محايد
٤	٣,٤١ – ٤,٢	موافق	مستوى أداء مرتفع	راضٍ
٥	٤,٢١ - ٥	موافق بشدة	مستوى أداء مرتفع جداً	راضٍ تماماً

أما الأسئلة المفتوحة فقد اعتمد الباحث على أسلوب التكرارات في حصر إجابة الفئات الفرعية لمجتمع الدراسة.

٣-٥-٢: المقابلات:

قام الباحث بإجراء مجموعة من المقابلات المعمقة، وتدوين الملاحظات، وإعادة تبويبها للإفادة منها في تفسير وتحليل وربط العلاقات.

٣-٥-٢-١:المقابلات المعمقة مع أصحاب القرار في المؤسسات العاملة في مجال السياحة العلاجية في (المستشفيات، مواقع العلاج الطبيعي) للتعرف على استراتيجيات المنافسة وطرق الترويج وقنوات التوزيع المتبعة وأشكال وأنماط التشبيك ونقاط القوة ونقاط الضعف (فرص التحسين) وأبرز التحديات التي تواجههم، وتباينت مكانة ودور الشخص الذي تم إجراء المقابلة معه حسب درجة استجابة واهتمام المؤسسة وأوقات الفراغ لأصحاب العلاقة فأحيانا كانت تتم المقابلة مع مدير المستشفى وأحياناً مع المدير الإداري أو مدير التسويق أو مدير العلاقات العامة. وكان من المقابلات لقاء مع مدير مستشفى الشميساني، رئيس جمعية المستشفيات الخاصة، مدير مستشفى الاستقلال، المدير الإداري في مستشفى الإسراء ، مدير التسويق وتسويق الأعمال في المستشفى الخالدي، مدير التخطيط في مستشفى فلسطين، مدير التخطيط في هيئة تنشيط السياحة، مدير التسويق والمبيعات ومساعد مدير العمليات في فندق البحر الميت العلاجي، مدير التسويق في منتجع ماعين، مدير موقع حمامات عفرا، مدير مديرية السياحة العلاجية في وزارة الصحة، فرق العمل ومدراء المشاريع المعنيين بالسياحة العلاجية في وزارة السياحة.

٣-٥-٢-٢: المقابلات المعمقة مع أطباء الاختصاص غير المقيمين في المستشفيات لفهم أنماط الشبكات والعلاقات القائمة.

٣-٥-٢-٣:المقابلات المعمقة مع الوسطاء والسماسرة (سائقي سيارات الأجرة، بوابي العمارات والشقق المفروشة)

٣-٦:اختبار الصدق والثبات

قبل اعتماد أداة البحث (الاستبانة) من قبل الباحث، وما تضمنت من أسئلة وجهت إلى جهات مختلفة، كان لا بد من اختبار جودة المقياس من خلال ما يطلق عليه اختبارات الصدق والثبات (Validity & Reliability)، فالأداة الصادقة هي الأداة التي تقيس ما صُممت من أجل قياسه والمقصود بصدق الأداة هو صدق النتائج التي التوصل إليها، باستخدام تلك الأداة ويمكن التمييز بين الصدق الخارجي(External Validity) والصدق الداخلي(Internal Validity)

فالصدق الخارجي للأداة يرتبط بمدى صلاحية النتائج التي يتم التوصل إليها باستخدام تلك الأداة للتعميم (Generalizable) ويرتبط في الدقة في تطبيق الأداة، وتشمل: الدقة في تصميم الدراسة، والدقة في أخذ القياسات أو جمع البيانات و بتقديم تفسير علمي ومنطقي للنتائج.

١. الصدق الظاهري (Face Validity) الذي يقيس المظهر العام الاستبانة من حيث الإخراج العام، ومدى وضوح العبارات والمصطلحات الواردة فيها، ولأغراض هذه الدراسة ولاختبار الصدق الظاهري للمقياس تم الاعتماد على ما يلي:

- مراجعة عدد من الدراسات السابقة للإفادة في تطوير مقياس البحث.
- خضع المقياس لتحكيم بعض الخبراء المختصين.

٢. صدق المحتوى (Content Validity) ويرتبط بمدى تمثيل فقرات الاستبانة لجميع عناصر المحتوى المراد تقويمه. ومدى قدرة تلك الفقرات للتعبير عن متغيرات الدراسة وتمثيلها بشكل دقيق.

٣-٧: معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's alpha)

ولقياس معامل الثبات تم استخدام معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's alpha)، وقد تم إجراء الاختبار لكل متغير من متغيرات الدراسة على حدة وتنص القاعدة الإحصائية لهذا الاختبار أن النسبة المقبولة هي (٨٠%) أو ما يزيد عنها وقد جاءت نتائج الاختبارات كما يأتي:

ونلاحظ من الجدول (١٢) أن قيمة المعامل لاختبار كرونباخ ألفا للشق الأول من الاستبانة والذي وجه نحو سبب اختيار الأردن لتلقي الخدمات الطبية واحتوى على ثمان عبارات فرعية جاء مرتفعاً ومقبولاً إحصائيا وبلغت قيمته (٠,٨٤٥) أما قيمة المعامل للشق الثاني من الاستبانة والذي احتوى على سبع عبارات فرعية وجهت نحو تقييم مستوى الخدمات العلاجية، فقد بلغت (٠,٨٤٧) وكذلك الحال فهو مقبول إحصائيا مما يعني بشكل عام أن الاستبانة امتازت بدرجة صدق وثبات عالية.

الجدول ١٢. نتائج اختبار كرونباخ ألفا لاستبانه متلقي الخدمة للسياحة الطبية.

الرقم	المتغيرات الرئيسة	عدد المتغيرات الفرعية	قيمة المعامل
١	**سبب اختيار الأردن لتلقي الخدمات الطبية**	٨	٠,٨٤٥
٢	**تقييم مستوى الخدمات العلاجية**	٧	٠,٨٤٧

ويبين الجدول (١٣) قيمة المعامل لاختبار كرونباخ ألفا للجزء الأول من الاستبانة والذي وجه لثلاث عينات من مجتمعات الدراسة (إدارة المستشفيات، الأطباء، الجهات الراعية) نحو العوامل المؤثرة في تحقيق الميزة التنافسية واحتوى على أثنين وعشرين عبارة فرعية، وجاء مرتفعاً ومقبولاً إحصائيا وبلغت قيمته (٠,٨٨٩) أما قيمة المعامل للجزء الثاني من الاستبانه والذي احتوى على ست عشرة عبارة فرعية وجهت نحو تقييم دور القطاع العام والخاص في تطوير وتنشيط السياحة العلاجية فقد بلغت (٠,٨١٣) وهو كذلك مقبول إحصائيا مما يعني بشكل عام أن الاستبانة امتازت بدرجة صدق وثبات عالية.

الجدول ١٣. نتائج اختبار كرونباخ ألفا لاستبانة الأطباء والجهات الراعية وإدارة المستشفيات.

الرقم	المتغيرات الرئيسة	عدد المتغيرات	قيمة المعامل
١	**العوامل المؤثرة في تحقيق الميزة التنافسية**	٢٢	٠,٨٨٩
٢	**دور القطاع العام والخاص في دعم وتطوير السياحة العلاجية**	١٦	٠,٨١٣

ويبين الجدول (١٤) قيمة المعامل لاختبار كرونباخ ألفا للاستبيان لمتلقي الخدمة في مواقع العلاج الطبيعي والذي وجه نحو سبب اختيار الأردن لتلقي الخدمات الاستشفائية واحتوى على تسع عبارات فرعية جاء مرتفع ومقبول إحصائيا وبلغت قيمته (٠,٧٨٨) مما يعني بشكل عام أن الاستبانة امتازت بدرجة صدق وثبات قريبة من الحد المسموح به.

الجدول ١٤. نتائج اختبار كرونباخ ألفا لسبب اختيار الأردن للحصول على الخدمات الاستشفائية.

الرقم	المتغيرات الرنيسة	عدد المتغيرات الفرعية	قيمة المعامل
١	سبب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية	٩	٠,٧٨٨

٣-٨: أساليب التحليل الإحصائي

تمت عملية التحليل الإحصائي باستخدام برنامج الحزم الإحصائية (**SPSS**) وتم استخدام أدوات الإحصاء الوصفي التي تمثلت بمقاييس النزعة المركزية كالمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتم استخدام الجداول التكرارية، إضافة إلى

- تحليل التباين الأحادي **ANOVA**
- معامل الارتباط سبيرمان والذي تتراوح قيمه بين (-١ – ١) لقياس قوة العلاقة واتجاهها بين المتغيرات.
- اختبار Scheffe لتحديد الفروقات في المتغيرات المستقلة لصالح أي العينات.
- معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's alpha) لقياس ثبات أداة القياس.

الفصل الرابع

خصائص مجتمع الدراسة

تناول هذا الفصل مجموع نتائج الخصائص التصنيفية لمجتمع الدراسة حسب نتائج الدراسة والتي وزعت إلى عدد من المجموعات وهي:

٤-١: المستشفيات

يشير الجدول رقم (١٥) إلى توزيع المستشفيات التي شملها المسح حسب الحجم (صغيرة، متوسطة، كبيرة) بالاعتماد على عدد الأسرة، وهو التصنيف المعتمد في وزارة الصحة وتم اعتماده في عدد من الدراسات السابقة، وقد بلغت نسبة المستشفيات الكبيرة (٢٠%) في حين بلغت نسبة المستشفيات المتوسطة (٤٠%)، وبلغت نسبة المستشفيات صغيرة الحجم (٤٠%).

الجدول ١٥. توزيع المستشفيات التي شملها المسح حسب الحجم في مدينة عمان لسنة ٢٠١١ .

الحجم	عدد الأسرة	التكرار	النسبة المئوية
صغير	أقل من ٥٠	١٤	%٤٠
متوسط	٥٠-١٥٠	١٤	%٤٠
كبير	أكبر من ١٥٠	٧	%٢٠
المجموع		٣٥	%١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

أما فيما يتعلق بتوزيع المستشفيات حسب نوع الخدمة في المستشفى، فيشير الجدول (١٦) إلى أن المستشفيات التي تعمل تحت مسمى تخصص عام؛ وهو المستشفى الذي يستقبل حالات علاجية لمختلف الأمراض وغير مختص في جانب معين، قد بلغت نسبتهم (٧٧,١%) من مجمل مجتمع الدراسة، فيما بلغت نسبة المستشفيات المختصة في جانب علاجي واحد (٢٢,٩%) من مجتمع الدراسة وشملت المستشفيات المختصة في أمراض (السرطان، العيون، النسائية).

وفيما يتعلق بالحصول على الاعتمادية الدولية فيشير الجدول (١٦) إلى أن نسبة المستشفيات الحاصلة على الاعتمادية الدولية بلغت (٢٢,٩%)، فيما لم تحصل (٧٧,١%) من المستشفيات التي شملها المسح على الاعتمادية الدولية.

الجدول ١٦. نتائج توزيع المستشفيات التي شملها المسح ،حسب نوع الخدمة والاعتمادية الدولية في مدينة عمان لسنة ٢٠١١ .

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
نوع الخدمة	عام	٢٧	%٧٧,١
	مختص	٨	%٢٢,٩
	المجموع	٣٥	%١٠٠
الاعتمادية الدولية	نعم	٨	%٢٢,٩
	لا	٢٧	%٧٧,١
	المجموع	٣٥	%١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

يشير الجدول (١٧) إلى توزيع المستشفيات حسب الإستراتيجية التنافسية الأكثر أهمية لإدارة تلك المستشفيات، وتشير نتائج المسح إلى أن (٣٧,١%) من المؤسسات كان تركيزها الأكبر على إستراتيجية المنافسة من خلال السعر، فيما ركزت (٦٢,٩%) من المؤسسات على إستراتيجية المنافسة من خلال الجودة.

الجدول ١٧. توزيع المستشفيات التي شملها المسح حسب الإستراتيجية التنافسية في مدينة عمان لسنة ٢٠١١ .

إستراتيجية التنافس	التكرار	النسبة المئوية
المنافسة من خلال السعر	١٣	%٣٧,١
المنافسة من خلال الجودة	٢٢	%٦٢,٩
المجموع	٣٥	%١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

يشير الجدول(١٨) إلى توزيع المستشفيات التي شملهم المسح وقدرتهم على المنافسة حسب النطاق الجغرافي، ومن خلال عملية المسح أشار (٦٠%) من إدارة المستشفيات أن لديهم القدرة على المنافسة على مستوى المملكة، فيما عبر (٥١,٤) من أفراد العينة أن لديهم القدرة من المنافسة على المستوى الإقليمي والدّولي، وعبر (٤٠%) من أفراد العينة أن قدرتهم على المنافسة تنحصر فقط في العاصمة عمان.

الجدول ١٨. توزيع المستشفيات التي شملها المسح حسب نطاق التنافس في مدينة عمان لسنة ٢٠١١.

المدى الجغرافي	التكرار	النسبة المئوية
مستوى المحافظة	٣٥	١٠٠%
مستوى المملكة	٢١	٦٠%
المستوى الإقليمي والدولي	١٨	٥١,٤%

المصدر: الباحث، المسح الميداني

يشير الجدول رقم (١٩) إلى توزيع المستشفيات حسب استقبال مرضى من خارج الأردن، وتم الإشارة في أثناء توزيع الاستبانة إلى ضرورة استثناء المرضى غير الأردنيين المقيمين بشكل دائم داخل الأردن، وأظهرت نتائج المسح أن (٥٤,٣%) من المستشفيات تستقبل حالات مرضية من خارج الأردن في حين أن (٤٥,٧%) من المستشفيات التي شملها المسح لم يستقبل حالات مرضية من خارج الأردن.

الجدول ١٩. توزيع المستشفيات حسب استقبال المرضى من خارج الأردن في مدينة عمان لسنة ٢٠١١.

استقبال مرضى من خارج الأردن	التكرار	النسبة المئوية
نعم	١٩	٥٤,٣%
لا	١٦	٤٥,٧%
المجموع	٣٥	١٠٠%

المصدر: الباحث، المسح الميداني

تتباين أهمية الطلب الخارجي بين المستشفيات، حسب حجم الإيرادات السنوية المتأتية من ذلك الطلب من مجموع الإيرادات الكلية، وتشير نتائج الدراسة إلى أن (١٥,٨%) من المستشفيات التي تستقبل حالات من الخارج، شكل حجم الطلب الخارجي أقل من (٥%) من مجمل الإيرادات المتأتية للمستشفى، في حين أن (١٠,٥%) من المستشفيات شكل الطلب الخارجي بين (٦% - ١٠%) من مجمل الدخل السنوي للمستشفى، أما نسبة المستشفيات التي زاد فيها حجم الطلب الخارجي عن (٢٠%) فقد بلغت (٣٦,٨%) من مجموع مجتمع الدراسة، وعبرت إدارة بعض المستشفيات أن حجم الإيرادات السنوية المتأتية من الطلب الخارجي يشكل أكثر من (٧٠%) من مجموع إيرادات المستشفى، وبالتالي هي واقع الحال تعتمد بشكل أساسي على الطلب الخارجي، والجدول التالي يبين توزيع المستشفيات حسب نسبة إيرادات الطلب الخارجي.

الجدول ٢٠. توزيع المستشفيات حسب نسبة إيرادات الطلب الخارجي في مدينة عمان لسنة ٢٠١١.

نسبة حجم الإيرادات من الطلب الخارجي	التكرار	النسبة المئوية
أقل من ٥%	٣	١٥,٨%
٦% - ١٠%	٢	١٠,٥%
١١% - ١٥%	٦	٣١,٦%
١٦% - ٢٠%	١	٥,٢%
أكثر من ٢٠%	٧	٣٦,٨%
المجموع	١٩	١٠٠%

المصدر: الباحث، المسح الميداني

٤-٢: متلقو الخدمة في المستشفيات – السياحة الطبية.

بلغت نسبة الذكور من السياح القادمين لتلقي العلاج في المستشفيات (٥٤,٥%) في حين بلغت نسبة الإناث (٤٥,٥%) من مجموع أفراد العينة، وأظهرت نتائج الدراسة كما يبين الجدول رقم (٢١)إلى أن النسبة الأعلى من أفراد العينة كانوا من الجنسية السودانية، حيث بلغت نسبتهم (٢٧,٥%) تلتها الجنسية السعودية بنسبة (٢٣,٥%) ثم العراقية بنسبة (١٧,٥%)، وعلى عكس الصورة السائدة لسوق السياحة الطبية في الأردن، ظهر انخفاض نسبة متلقي العلاج من الجنسيتين اليمنية والليبية، من مجمل متلقي الخدمات الطبية في المستشفيات الأردنية وربما يعزى ذلك الانخفاض إلى الأوضاع السياسية في تلك البلدان خلال عملية إجراء الدراسة.

الجدول ٢١. توزيع متلقي الخدمة (السياحة الطبية) حسب الجنسية.

الرقم	الجنسية	التكرار	النسبة %
١	عراقية	٣٥	١٧,٥
٢	سعودية	٤٧	٢٣,٥
٣	سودانية	٥٥	٢٧,٥
٤	يمنية	٢٠	١٠
٥	فلسطينية	١١	٥,٥
٦	ليبية	١٢	٦
٧	سورية	٧	٣,٥
٨	أخرى	١٣	٦,٥
	المجموع	٢٠٠	١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

وأظهرت نتائج الدراسة كما يشر الجدول (٢٢) إلى ارتفاع نسبة أفراد العينة في الفئة العمرية (٤٠-٥٩) سنة، حيث شكلت ما نسبته (٤٤,٥%) من مجموع أفراد العينة، تلتها الفئة العمرية (٢٠-٣٩) سنة، حيث شكلت ما نسبته (٣٩,٥%) تلتها الفئة العمرية (٦٠ وأكثر)، في حين ظهر انخفاض واضح في نسبة المراجعين من الفئة العمرية (أقل من ٢٠ سنة) حيث بلغت نسبتهم (١,٥%) فقط.

الجدول ٢٢. توزيع متلقي الخدمة (السياحة الطبية) حسب العمر.

الرقم	العمر / سنة	التكرار	النسبة %
١	أقل من ٢٠	٣	١,٥
٢	٢٠ – ٣٩	٧٩	٣٩,٥
٣	٤٠ – ٥٩	٨٩	٤٤,٥
٤	٦٠ وأكثر	٢٩	١٤,٥
٥	المجموع	٢٠٠	١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

وأظهرت نتائج الدراسة أهمية وجود المرافقين كسمة أساسية من سمات السياحة الطبية، حيث يبين الجدول رقم (٢٣)، أن (٩٧,٥%) من أفراد العينة كان لديهم مرافق أو أكثر، وتركزت معظم المشاهدات في وجود مرافق واحد حيث بلغت نسبتهم (٥٠%) من أفراد العينة، وبشكل عام فقد بلغ متوسط عدد المرافقين (١,٨٢٥) شخص لكل مريض، وهذا ما يعطي قيمة اقتصادية إضافية للسياحة الطبية، حيث أن النفقات لا تقتصر على متلقي الخدمة العلاجية فقط، بل تتعدى إلى نفقات الأشخاص المرافقين.

الجدول ٢٣. نتائج توزيع متلقي الخدمة (السياحة الطبية) حسب عدد المرافقين.

عدد المرافقين	التكرار	النسبة %
بلا مرافق	٥	٢,٥
مرافق واحد	١٠٠	٥٠
مرافقين اثنين	٥٩	٢٩,٥
ثلاثة مرافقين وأكثر	٣٦	١٨
المجموع	٢٠٠	١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

يشير الجدول (٢٤) إلى توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي، حيث كان معظم الأفراد من المستوى التعليمي (أقل من الثانوية) وشكلت هذه الفئة ما نسبته (٤٥,٥%)، تلتها فئة الحاصلين على الثانوية العامة بنسبة (٢٢,٥%) ويمكن أن يعزى هذا إلى أمرين: الأول المستوى التعليمي في الدول الأساسية المصدرة للسياحة الطبية للأردن وتحديداً بين فئة الإناث، والأمر الثاني فهو متعلق بالفئات العمرية التي تطلب السياحة الطبية حيث شكلت الفئات العمرية التي تزيد عن (٤٠ سنة) ما نسبته (٥٩%) من أفراد عينة الدراسة.

الجدول ٢٤. توزيع متلقي الخدمة (السياحة الطبية) حسب المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة %
اقل من الثانوية	٩١	٤٥,٥
ثانوية عامة	٤٥	٢٢,٥
دبلوم	٢٢	١١,٥
بكالوريوس	٤٠	٢٠
دراسات عليا	٢	١
المجموع	٢٠٠	١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة من يتقاضون دخلاً أقل من (١٠٠٠) دولار شهرياً من أفراد العينة بلغت (٤٩,٥%)، في حين بلغت نسبة من دخلهم يتراوح بين (١٠٠٠ إلى ٢٠٠٠) دولار (٢٧,٥%) من أفراد العينة، ثم تنخفض نسبة الأفراد الذين يتقاضون أكثر من (٢٠٠٠) دولار، وربما هذا انعكاس للأوضاع الاقتصادية ومستويات الدخل في الدول المرسلة للسياحة الطبية، وهو في ذات الوقت مؤشر آخر على أهمية هذا النمط من السياحة، فهي خدمة مطلوبة باختلاف الطبقة الاجتماعية والمستوى المعيشي للأفراد، وليست حكراً على فئة دون أخرى كالأنماط الأخرى من السياحة، فالحفاظ على الحياة أولوية من أولويات الإنسان، والجدول (٢٥) يوضح توزيع أفراد العينة حسب مستويات الدخل.

الجدول ٢٥. توزيع متلقي الخدمة (السياحة الطبية) حسب الدخل.

الدخل الشهري/ دولار	التكرار	النسبة المئوية
أقل من ١٠٠٠	٩٩	٤٩,٥
١٠٠٠-٢٠٠٠	٥٥	٢٧,٥
٢٠٠١-٣٠٠٠	٣١	١٥,٥
أكثر من ٣٠٠٠	١٥	٧,٥
المجموع	٢٠٠	١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

أظهرت نتائج الدراسة ارتفاع معدل إقامة الفرد من متلقي الخدمات العلاجية الطبية، ويلاحظ من خلال الجدول (٢٦) أن (٣٣%) من أفراد العينة يقضون فترة تقل عن سبعة أيام تليها في المرتبة الثانية الأفراد الذين يقضون مدة إقامة تتراوح بين (٨- ١٤) يوماً، وبلغت نسبة هذه الفئة (٢١,٥%) من أفراد العينة، وبشكل عام فإن أكثر من نصف أفراد العينة تتراوح فترة إقامتهم من (٨ - ٢١) يوماً، في حين بلغ المتوسط الحسابي الإجمالي لطول فترة الإقامة لكامل أفراد العينة

(١٣,٥٤) يوماً، وهو أعلى بكثير إذا ما قورن بطول فترة إقامة السائح العادي، وهذا مؤشر آخر على أهمية هذا النمط من السياحة إذا ما قورن بالأنواع الأخرى، ولهذا البعد مؤشرات اقتصادية مهمة تنعكس على الاقتصاد الوطني، فطول فترة الإقامة يعني زيادة الإنفاق وهو ما ينعكس إيجابا على الناتج المحلي الإجمالي.

الجدول ٢٦. توزيع متلقي الخدمة (السياحة الطبية) حسب مدة الإقامة.

مدة الإقامة/ اليوم	التكرار	النسبة المئوية
أقل من ٧	٦٦	٣٣
٨ – ١٤	٤٣	٢١,٥
١٥ – ٢١	٥٨	٢٩
٢٢- ٢٨	٩	٤,٥
أكثر من ٢٨	٢٤	١٢
المجموع	٢٠٠	١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

وأظهرت نتائج الدراسة كما يبين الجدول(٢٧) إلى أن معظم متلقي الخدمة العلاجية في الأردن من أفراد العينة، قد اختاروا الشقق المفروشة للإقامة وقد بلغت نسبتهم (٧٣%) في حين جاءت الفنادق كخيار ثاني بنسبة (١٥,٥%)، واختار (١١,٥%) من أفراد العينة بيوت الأصدقاء والأقارب كمكان لإقامتهم.

الجدول ٢٧. توزيع متلقي الخدمة (السياحة الطبية)حسب مكان الإقامة.

مكان الإقامة	التكرار	النسبة المئوية
فندق	٣١	١٥,٥
شقة مفروشة	١٤٦	٧٣
أصدقاء وأقارب	٢٣	١١,٥
المجموع	٢٠٠	١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

أظهرت الدراسة وجود ثلاث قنوات رئيسة، تتم من خلالها عملية التعرف على المستشفى لتلقي الخدمات العلاجية، أهم تلك القنوات هي قناة الأصدقاء والأقارب فقد صرح (٣٠%) من أفراد العينة بأن طريقة الاختيار للمستشفى جاءت عن طريق الأصدقاء والأقارب وشبكات العلاقات الاجتماعية، في حين جاءت توصية الأطباء في البلد الأصل بالمرتبة الثانية وشكلت ما نسبته (٢٨%) من أفراد العينة وجاءت الجهات الحكومية في البلد الأصل بالمرتبة الثالثة بنسبة (٢٥,٥%) من أفراد العينة.

كذلك يظهر من خلال الجدول (٢٨) انخفاض أهمية دور المواقع الإلكترونية للمستشفيات والإعلانات والحملات التسويقية، التي تقوم بها المستشفيات في جذب المرضى من الخارج حيث شكلت المواقع الإلكترونية والإعلانات فقط ما نسبته (٤,٥%) من مجمل أفراد العينة الذين تعرفوا على المستشفيات والخدمات العلاجية المقدمة من خلال هذه الوسائل.

الجدول ٢٨. توزيع متلقي الخدمة (السياحة الطبية)حسب طريقة التعرف على المستشفى.

طريقة التعرف على المستشفى	التكرار	النسبة المئوية
أصدقاء وأقارب	٦٠	٣٠
مواقع إلكترونية	٤	٢
إعلانات وسائل الإعلام	٥	٢,٥
شركات تامين	١	٠,٥
جهات حكومية	٥١	٢٥,٥
توصية الطبيب	٥٦	٢٨
الوسطاء	٤	٢
المكاتب	١٩	٩,٥
المجموع	٢٠٠	١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

يشير الجدول(٢٩) إلى أن معظم متلقي الخدمة العلاجية من أفراد العينة هم من يتولون عملية الإنفاق على العلاج وبلغت نسبتهم (٧٤%) في حين كانت نسبة من تولت جهات أخرى الإنفاق على علاجهم (٢٦%)، ويعود السبب في ذلك إلى تراجع أعداد المرضى الليبيين والمرضى اليمنيين والتي كانت عادة حكومات دولهم تتحمل نفقات العلاج.

الجدول ٢٩. توزيع متلقي الخدمة (السياحة الطبية) حسب طريقة الإنفاق.

جهة الإنفاق	التكرار	النسبة المئوية %
تمويل غير ذاتي	٥٢	٢٦
تمويل ذاتي	١٤٨	٧٤
المجموع	٢٠٠	١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

وأظهرت نتائج الدراسة أن (٧٩,٥%) من المرضى لديهم الرغبة في اختيار نفس المستشفى إذا ما احتاجوا للخدمة العلاجية مستقبلاً، مما يعطي انطباعاً إيجابياً عن مستوى الرضا بشكل عام عن المؤسسات العلاجية في الأردن، في حين أبدى ما نسبته (٦%) من أفراد العينة عدم رغبتهم في اختيار نفس المؤسسة العلاجية، و (١٤,٥%) من أفراد العينة لم يستطيعوا اتخاذ موقف صريح

تجاه نفس المؤسسة وأن عملية إعادة الاختيار تتوقف على عدد من المتغيرات، والجدول التالي يبين نتائج توزيع متلقي الخدمة حسب الرغبة في تكرار طلب الخدمة العلاجية.

الجدول ٣٠ . توزيع متلقي الخدمة (السياحة الطبية) حسب الرغبة في تكرار طلب الخدمة العلاجية.

الرغبة في تكرار طلب الخدمة	التكرار	النسبة المئوية
لا	١٢	٦
نعم	١٥٩	٧٩,٥
لا ادري	٢٩	١٤,٥
المجموع	٢٠٠	١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

أما فيما يتعلق بالتوصية لزيارة الأردن لتلقي الخدمات العلاجية، فالنتائج جاءت متقاربة إلى حد كبير مع الرغبة في تكرار طلب الخدمة العلاجية، فقد عبر (٨١%) من أفراد العينة برغبتهم في تقديم نصيحة إيجابية عن الخدمات العلاجية في الأردن وبالتالي التوصية بزيارة الأردن، في حين عبر (٨,٥%) من أفراد العينة بالنفي، أما بقية أفراد العينة والتي بلغت نسبتهم (١٠,٥%) فلم يكن لديهم رأي واضح حول التوصية، والجدول التالي يبين توزيع متلقي الخدمة حسب رغبتهم بالتوصية لزيارة الأردن.

الجدول ٣١. توزيع متلقي الخدمة (السياحة الطبية)حسب رأيهم بالتوصية لزيارة الأردن.

التوصية بزيارة الأردن	التكرار	النسبة المئوية
لا	١٧	٨,٥
نعم	١٦٢	٨١
لا ادري	٢١	١٠,٥
المجموع	٢٠٠	١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

٤-٣: متلقو الخدمة في المنتجعات الطبيعية – السياحة الاستشفائية

بلغت نسبة الذكور من متلقي الخدمة في مواقع السياحة الاستشفائية (٥٥,٨%) من مجمل أفراد العينة، وأظهرت الدراسة أن الغالبية من الفئة العمرية (٤٠-٥٤) سنة وبلغت نسبتهم (٤٦,٣%)، تلتها الفئة العمرية من (٢٥-٣٩) سنة وبنسبة بلغت (٣٧%)، فيما ظهر انخفاض في نسبة من تقل أعمارهم عن (٢٥) سنة ومن تزيد أعمارهم عن (٥٥) سنة حيث بلغت نسبهم (٨,٧%) و (٨)% على التوالي، وأظهرت الدراسة أن معظم متلقي الخدمة هم من أولئك الأشخاص الذين تزيد دخولهم الشهرية عن (٣٠٠٠) دولار ووصلت نسبتهم إلى (٥٧,٣%) من مجمل أفراد العينة، تلاها أفراد المجموعة الثالثة الذين يتقاضون دخولاً بين(٢٠٠١-٣٠٠٠) دولاراً، وبلغت نسبتهم (١٨,٨%) من مجمل أفراد العينة، وكانت أقلها أفراد المجموعة الأولى والذين يتقاضون دخلاً أقل من (١٠٠٠) دولار، والجدول رقم (٣٢) يبين توزع أفراد العينة حسب الجنس والعمر والدخل.

الجدول ٣٢. توزيع عينة متلقي الخدمة (السياحة الاستشفائية) حسب الجنس، العمر،الدخل.

		التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	٧٧	٥٥,٨
	أنثى	٦١	٤٤,٢
	المجموع	١٣٨	١٠٠
العمر	أقل من ٢٥	١٢	٨,٧
	٢٥ – ٣٩	٥١	٣٧
	٤٠ – ٥٤	٦٤	٤٦,٣
	٥٥ وأكثر	١١	٨
	المجموع	١٣٨	١٠٠
الدخل الشهري (دولار)	أقل من ١٠٠٠	١٢	٨,٧
	١٠٠٠-٢٠٠٠	٢١	١٥,٢
	٢٠٠١-٣٠٠٠	٢٦	١٨,٨
	أكثر من ٣٠٠٠	٧٩	٥٧,٣
	المجموع	١٣٨	١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

يشير الجدول رقم (٣٣) إلى توزيع أفراد العينة في مواقع السياحة الاستشفائية حسب الجنسية حيث شكل السعوديون النسبة الأعلى، بنسبة بلغت (١٩,٦%) من مجموع أفراد العينة، فيما جاء الألمان بالمرتبة الثانية بنسبة (١٧,٤%) من أفراد العينة فيما حل سكان دول الخليج العربي في المرتبة الثالثة بنسبة (١٥,٢%)، وتوزعت بقية النسب على مجموعة من الجنسيات شملت النمسا والدول الإسكندنافية وبريطانيا وروسيا وفرنسا وتم إضافة مجموعة عاشرة تحت مسمى (أخرى) شملت جنسيات عربية وغير عربية من العراق ولبنان واليمن وفلسطين و بلجيكا وأوزبكستان.

الجدول ٣٣. توزيع عينة متلقي الخدمة(السياحة الاستشفائية) حسب الجنسية.

الرقم	الجنسية	التكرار	النسبة %
١	السعودية	٢٧	١٩,٦
٢	دول الخليج العربي	٢١	١٥,٢
٣	ألمانيا	٢٤	١٧,٤
٤	النمسا	١٢	٨,٧
٥	الدول الإسكندنافية	٩	٦,٥
٦	أمريكيا الشمالية	١٢	٨,٧
٧	بريطانيا	٩	٦,٥
٨	روسيا	٨	٥,٨
٩	فرنسا	٧	٥,١
١٠	أخرى	٩	٦,٥
	المجموع	١٣٨	١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

أظهرت نتائج الدراسة أن (٤٩,٣%) من أفراد العينة من متلقي الخدمة في المواقع الاستشفائية يقضون فترة تقل عن (٧) أيام، فيما جاء في المرتبة الثانية الأفراد الذين يقضون فترة إقامة من (٨-١٤) يوماً بنسبة (٢٧,٥%)، أما من يقضون فترة تزيد عن (١٥) يوماً فكانت نسبتهم (٢٣,٢%)، ويظهر هنا التباين في طول فترة الإقامة بين متلقي الخدمة في المواقع الاستشفائية ومتلقي الخدمة في المستشفيات لصالح الطرف الثاني، على الرغم من أن عدداً من الأطباء والمختصين في العلاج الطبيعي من خلال الزيارات والمقابلات الشخصية أشاروا إلى أن الفترة المناسبة للاستفادة من المياه الاستشفائية هي ثلاثة أسابيع كحد أدنى، والجدول (٣٤) يبين توزيع أفراد العينة حسب مدة الإقامة.

الجدول ٣٤. توزيع عينة متلقي الخدمة (السياحة الاستشفائية) حسب مدة الإقامة.

مدة الإقامة/ اليوم	التكرار	النسبة
أقل من ٧	٦٨	٤٩,٣
٨ ـ ١٤	٣٨	٢٧,٥
١٥ ـ ٢١	٧	٥,١
٢٢ـ ٢٨	٢٥	١٨,١
المجموع	١٣٨	١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

يشير الجدول (٣٥) إلى توزيع عينة متلقي الخدمة (السياحة الاستشفائية) حسب مكان الإقامة، وتبين أن معظم أفراد العينة اختاروا الإقامة في الفنادق، وبلغت نسبتهم (٦٨,٨%)، فيما جاءت الشقق الفندقية المفروشة بالمرتبة الثانية وبلغت نسبة المقيمين فيها (٢٣,٩%) من مجمل أفراد العينة.ويلاحظ انخفاض نسبة المقيمين لدى الأصدقاء والأقارب حيث بلغت نسبتهم (٣,٦%) فقط.

الجدول ٣٥. توزيع عينة متلقي الخدمة (السياحة الاستشفائية) حسب مكان الإقامة.

مكان الإقامة	التكرار	النسبة المئوية
فندق	٩٥	٦٨,٨
شقة مفروشة	٣٣	٢٣,٩
أصدقاء وأقارب	٥	٣,٦
تخييم	٥	٣,٦
المجموع	١٣٨	١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

يوضح الجدول (٣٦) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب طريقة اختيار الموقع، وتشير النتائج إلى أن (٢٦,٨%) من أفراد العينة اختاروا الموقع عن طريق وكلاء السياحة والسفر فيما كانت قناة (الأصدقاء والأقارب) في المرتبة الثانية، تلتها المواقع الإلكترونية في المرتبة الثالثة، ومن ثم شركات التأمين في المرتبة الرابعة وبنسبة (١٥,٢%) من أفراد العينة، تلتها الإعلانات ومن ثم توصية الطبيب والوسطاء.

ويمكن ملاحظة اختلاف قنوات التوزيع بين مواقع السياحة الاستشفائية والسياحة الطبية، وذلك بسبب اختلاف النسيج الاجتماعي والثقافي لمتلقي الخدمة، فالجدول (٣٣) الذي يبين توزيع متلقي الخدمة في المواقع الاستشفائية حسب الجنسية يظهر ارتفاع نسبة الأوروبيين من مجمل أفراد العينة وهذه الفئة عادة ما ترتبط ببرنامج سياحي متكامل، بناء على المسارات التي يرسمها وكلاء

السياحة والسفر والنمط الآخر لهذه الفئة (الأوروبيين) وهم الذين يأتون لزيارة الأردن بشكل فردي، فعادة ما يتزودون بالمعلومات عن طريق المواقع الالكترونية وعن طريق الإعلانات.

ولا يمكن بأي حل، إغفال دور شبكات التواصل الاجتماعي (الأصدقاء والأقارب) والتي جاءت بالمرتبة الثانية بنسبة (٢٤,٦%)، وشركات التأمين التي جاءت بالمرتبة الثالثة، وتشير نتائج المقابلات إلى أن معظم الأفراد القادمين من ألمانيا ومن النمسا يتلقون الخدمات العلاجية في المواقع الاستشفائية ضمن برنامج طبي، تتولى شركات التأمين تغطية نفقات العلاج.

الجدول ٣٦. توزيع عينة متلقي الخدمة (السياحة الاستشفائية) حسب طريقة اختيار الموقع.

طريقة اختيار الموقع	التكرار	النسبة المئوية
أصدقاء وأقارب	٣٤	٢٤,٦
مواقع إلكترونية	٢٧	١٩,٦
إعلانات وسائل الإعلام	١١	٨
وكلاء السياحة والسفر	٣٧	٢٦,٨
توصية الطبيب	٤	٢,٩
شركات التأمين	٢١	١٥,٢
الوسطاء	٤	٢,٩
المجموع	١٣٨	١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

أظهرت نتائج الدراسة، وجود سببين رئيسين لأفراد العينة، لزيارة المواقع الاستشفائية في الأردن، توزعت بين طلب الخدمات العلاجية، وبلغت نسبتهم (٣٧,٧%) من مجموع أفراد العينة، فيما كان طلب الراحة والاستجمام سبباً لزيارة (٦٠,٩%) من أفراد العينة وزيارة (١,٤%) من أفراد العينة لأسباب أخرى.

لذا سيتعامل الباحث مع المجموعة الأولى والذين كان سبب الزيارة المباشر الحصول على الخدمات العلاجية بشكل خاص، حيث تم توجيه مجموعة من الأسئلة لتلك الفئة واشتملت على المحاور الآتية:

١. نوع الخدمة العلاجية المطلوبة، وأظهرت النتائج أن (٣٦,٥%) من أفراد العينة جاؤوا لطلب الخدمة العلاجية من أمراض الروماتزم و(٣٢,٧%) من أفراد العينة لطلب الخدمة العلاجية لمرض الصدفية و(١٥,٤%) لعلاج التهاب المفاصل و(١١,٥%) لعلاج مرض الربو.

٢. جهة الإنفاق على العلاج، أظهرت النتائج أن (٤٢,٣%) من أفراد العينة يتلقون العلاج على نفقة شركات التأمين في بلدانهم الأصلية فيما يتحمل (٥٨,٧%) من أفراد العينة نفقات العلاج

على حسابهم الخاص، وفي حقيقة الأمر فإن جميع الأشخاص الذين يتلقون العلاج من أفراد العينة ضمن برنامج محدد وتحت إشراف طبي جاءوا عن طريق شركات التأمين.

٣. وجود برنامج علاجي محدد تحت إشراف طبي، وأظهرت نتائج الدراسة أن (٤٤,٢%) من أفراد العينة كانوا يتلقون العلاج تحت إشراف طبي معين، فيما كان (٥٥,٨%) من أفراد العينة يتلقون العلاج بدون برنامج طبي، وكان معظم أفراد هذه الفئة من الزوار العرب، وفي أثناء العمل الميداني أجرى الباحث بعض المقابلات الشخصية للوصول إلى فهم واسع لآلية العلاج المتبع وتبين من خلال جمع الملاحظات أن معظم هؤلاء الأفراد يعتمدون على نصائح الأطباء والأصدقاء في بلدانهم الأصلية والموروث الشعبي والمعلومات المتداولة على المواقع الإلكترونية، إضافة إلى سمعة مواقع العلاج الطبيعي في الأردن، وقدرة هذه المياه على علاج الأمراض التي يعانون منها، من خلال التعرض لها بأشكال مختلفة ولفترة من الوقت، وبالتالي يضعون لأنفسهم برنامج علاجي ذاتي، جنباً إلى جنب مع قضاء إجازة لهم ولأفراد عائلاتهم في الأردن، والجدول (٣٧) يبين توزيع أفراد العينة على مجموعة المتغيرات (سبب الزيارة، جهة الإنفاق، وجود برنامج طبي).

الجدول ٣٧. توزيع عينة الدراسة للسياحة الاستشفائية حسب (سبب الزيارة، ،جهة الإنفاق، البرنامج طبي).

المتغير	فئات المتغير	التكرار	النسبة المئوية
سبب الزيارة	العلاج	٥٢	٣٧,٧
	الراحة والاستجمام	٨٤	٦٠,٩
	أخرى	٢	١,٤
	المجموع	١٣٨	١٠٠
وجود برنامج طبي	نعم	٢٣	٤٤,٢
	لا	٢٩	٥٥,٨
	المجموع	٥٢	١٠٠
جهة الإنفاق	شركات التأمين	٢٢	٤٢,٣
	النفقة الشخصية	٣٠	٥٨,٧
	المجموع	٥٢	١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

٤-٤: عينة الأطباء

أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة الذكور من عينة الأطباء بلغت (٧٨,٢%)، فيما بلغت نسبة الإناث (٢١,٨%)، ويظهر تركز في الفئة العمرية (٤١-٥٩) سنة حيث شكلت هذه الفئة ما نسبته (٥١,٨%) من مجموع أفراد العينة، تلتها الفئة العمرية (٣٠-٤٠) سنة، بنسبة بلغت (٢٨,٥%)، في حين يظهر انخفاض واضح في الفئة العمرية (٦٠ وأكثر)، أما على مستوى الخبرة فنلاحظ وجود تقارب بين الفئات الأربع، على الرغم من أن الفئة الرابعة والتي تعبر عن أصحاب الخبرات الطويلة (١٥ سنة وأكثر) هي الفئة الأكثر من مجمل أفراد العينة حيث شكلت ما نسبته (٣٣%) من مجمل أفراد العينة في حين كانت الفئة الأقل هم أصحاب الخبرات القصيرة (٥ سنوات وأقل). والجدول رقم (٣٨) يبين توزيع أفراد عينة الأطباء حسب متغيرات الجنس والعمر والخبرة.

الجدول ٣٨. توزيع عينة الأطباء حسب متغيرات (الجنس، العمر، الخبرة)

المتغير	فئات المتغير	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	١٥٢	٧٨,٢
	أنثى	٤٢	٢١,٨
	المجموع	١٩٣	١٠٠
العمر	أقل من ٣٠	٢٤	١٢,٤
	٣٠ – ٤٠	٥٥	٢٨,٥
	٤١ – ٥٩	١٠٠	٥١,٨
	٦٠ وأكثر	١٤	٧,٣
	المجموع	١٩٣	١٠٠
الخبرة بالسنوات	أقل من ٥ سنوات	٢٩	١٥
	٥- ١٠	٥٢	٢٦,٩
	١١ – ١٥	٤٨	٢٤,٩
	١٥ سنة وأكثر	٦٤	٣٣,٢
	المجموع	١٩٣	١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

وأظهرت الدراسة أن الغالبية العظمى من الأطباء من أفراد العينة كانت تعمل في مستشفى واحد وبلغت نسبتهم (٨٠,٨%) فيما بلغت نسبة من يعمل في أكثر من مستشفى (١٧,١%) وتوزعت هذه الفئة على أكثر من مجموعة، فمنهم من كان يعمل في مستشفيين ومنهم في ثلاثة ووجد بعض الأطباء يعمل في أربعة مستشفيات.

٤-٥: الهيئات والجهات الراعية

أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة الذكور من عينة الهيئات والجهات الراعية بلغت (٨٤,٦%)، فيما بلغت نسبة الإناث (١٥,٤%)، ويظهر تركز في الفئة العمرية (٤١-٥٩) سنة، حيث شكلت هذه الفئة ما نسبته (٤٦,١%) من مجموع أفراد العينة، تلتها الفئة العمرية (٣٠-٤٠) سنة، بنسبة بلغت (٣٥,٩%)، في حين يظهر انخفاض واضح في الفئة العمرية (٦٠ وأكثر)، ولغايات التحليل الإحصائي وبسبب انخفاض نسبة الفئة الرابعة (٦٠ سنة وأكثر) والتي بلغت (٢,٦%) سيتم دمجها مع الفئة السابقة (٤١-٥٩) سنة بحيث تصبح فئة واحدة بنسبة (٤٨,٨%).

أما على مستوى الخبرة فنلاحظ انخفاض بشكل ملحوظ في الفئة الأولى (أقل من خمس سنوات) وقد بلغت (٧,٧%) وهي انعكاس منطقي لتوزيع أفراد العينة حسب العمر، وأظهرت الدراسة كذلك أن معظم أفراد العينة من حملة الشهادة الجامعية الأولى (البكالوريوس) وبلغت نسبتهم (٥٩%) من مجموع أفراد العينة وانخفضت النسبة إلى (٣٥,٩%) لحملة درجة الماجستير و(٥,١%) لحملة درجة الدكتوراه، والجدول التالي يبين توزع أفراد عينة الأطباء حسب متغيرات الجنس والعمر والخبرة والمؤهل العلمي.

الجدول ٣٩. توزيع عينة أفراد الهيئات والجهات الراعية حسب متغيرات (الجنس، العمر، الخبرة)

المتغير	فئات المتغير	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	٣٣	٨٤,٦
	أنثى	٦	١٥,٤
	المجموع	٣٩	١٠٠
العمر	أقل من ٣٠	٦	١٥,٤
	٣٠ – ٤٠	١٤	٣٥,٩
	٤١ – ٥٩	١٨	٤٦,١
	٦٠ وأكثر	١	٢,٦
	المجموع	٣٩	١٠٠
الخبرة بالسنوات	أقل من ٥ سنوات	٣	٧,٧
	٥- ١٠	١٢	٣٠,٨
	١١ – ١٥	١٠	٢٥,٦
	١٥ سنة وأكثر	١٤	٣٥,٩
	المجموع	٣٩	١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

٤-٦: مواقع العلاج الطبيعي

أعتمد الباحث في دراسته لهذا الجانب على المقابلات الشخصية التي أجراها مع (مساعد مدير العمليات ومدير التسويق والمبيعات في فندق البحر الميت العلاجي، مدير التسويق في فندق ماعين، مدير موقع حمامات عفرا) نظراً للتباين الكبير بين قدرات وإمكانات هذه المواقع الثلاث والتي كان من الصعوبة تطبيق استبانة موحدة على هذه المواقع، لذلك كان أسلوب البحث النوعي المعتمد على المقابلات الشخصية مع إدارة تلك المواقع هو الخيار الأفضل للتعرف على واقع مقدمو الخدمة في جانب السياحة الاستشفائية.

٤-٦-١ فندق البحر الميت العلاجي:

فندق علاجي متخصص، من فئة الأربعة نجوم، أنشئ عام (١٩٨٩) م، بسعة (٢٧٧) غرفة فندقية متباينة المستوى والدرجة تضم (٤٨٣) سريراً.

يستقبل زواره من المرضى لتقديم خدماته وبرامجه العلاجية والوقائية والتأهيلية ويحتوي على تجهيزات العلاج الفيزيائي والعلاج الكهربائي الضوئي والعلاج الحراري والعلاج الحركي والعلاج الاسترخائي الانعكاسي، ويشكل مركز البحر الميت الطبي وفندق البحر الميت العلاجي والسولاريوم (المكان الذي يتم فيه التعرض لأشعة الشمس) منتجعاً متكاملاً تعالج فيه العديد من الأمراض مثل الصدفية والسمكية وأمراض المفاصل والروماتزم والبهاق.

يستقبل الفندق العلاجي أعداداً كبيرة من الزائرين الأجانب والعرب للاستشفاء من الأمراض المختلفة وبشكل رئيس يتولى رعاية ومعالجة الموفدين من قبل شركات التأمين الصحي العالمية.ويتبع الفندق لإدارة القطاع الخاص وتدير الفندق إدارة أردنية، تركز بشكل رئيس على تشغيل الأيدي العاملة الأردنية حيث لا تتجاوز نسبة العاملين من غير الأردنيين ما نسبته (٥%) من مجموع العاملين ويبلغ معدل إقامة المريض حوالي (٢٨) يوماً.

يحتوي الفندق على كادر طبي متكامل (طبيب عام وطبيب جلدية وأخصائيين للتأهيل الطبيعي، وأخصائيين للغذاء لتقديم الغذاء لكل شخص على حدا بناءً على توصيات الطبيب نظراً لوجود تباين بين الحالات المرضية الموجودة في الفندق.

يعتمد الفندق في تسويق نفسه على المؤتمرات والمعارض ذات العلاقة بالأمراض الجلدية فالتسويق معتمد على الرسالة التي يحملها كونه مركز علاجي بالمقام الأول، إضافة إلى اعتماده على موقعه الإلكتروني الذي يقدم معلومات كافية عن الخدمات العلاجية المقدمة وعلى الاتفاقيات الرسمية الموقعة مع شركات التأمين العالمية.

وعلى الرغم من استقبال الفندق لحالات مرضية من مختلف دول العالم إلا أن الأسواق الألمانية والنمساوية والدول الإسكندنافية هي الأسواق الرئيسة التي يعتمد عليها الفندق مع تتابع الجهود في الوصول إلى أسواق أخرى وعقد شراكات جديدة.

ولا تعتبر إدارة الفندق الاستثمارات الموجودة على البحر الميت من فنادق الخمس نجوم، مصدر خطر، بل يمكن أن تعمل هذه الاستثمارات بشكل متوازٍ لتدعم بعضها البعض وهي بشكل عام قليلة من حيث حجم الاستثمار والسعة الفندقية والجهود التسويقية مقارنة مع الاستثمارات الموجودة على الساحل الغربي للبحر الميت لذا ترى إدارة الفندق إننا بحاجة إلى استثمارات جديدة وكذلك بحاجة إلى توحيد الجهود للعمل بشكل تشاركي للترويج الحقيقي عن مواقعنا العلاجية بشكل عام وللبحر الميت بشكل خاص.

أما أهم الإنجازات لإدارة الفندق تمثلت في اعتماد الساحل الشرقي من البحر الميت بشكل عام وفندق البحر الميت العلاجي بشكل خاص كمقصد معتمد من قبل عدد من الأطباء والمستشفيات وشركات التأمين في العالم الغربي لتلقي الخدمات العلاجية الاستشفائية.

ترى إدارة الفندق أنها قادرة على المنافسة على المستوى الإقليمي والدولي، أما الوسائل المستخدمة في الترويج للخدمات العلاجية فتتم من خلال المؤتمرات الطبية والمشاركة في المعارض ومن خلال عقد اتفاقيات مع مجموعة من شركات التأمين إضافة إلى الموقع الإلكتروني.

للفندق مجموعة من الشراكات وعلاقات التشبيك مع مجموعة من الأطراف، تساعد بشكل كبير في تحسين قدراته للوصول إلى الأسواق الخارجية، وتأتي في مقدمة هذه العلاقات مجموعة الاتفاقيات الموقعة مع شركات التأمين العالمية، وتحديداً في غرب أوروبا، كما يقيم الفندق مجموعة من الشراكات مع وكلاء السياحة والسفر ومع شركات الطيران على المستوى المحلي والدولي، وله مجموعة من الاتفاقيات مع مؤسسات بحث وتطوير عالمية ومستشفيات ومراكز طبية عالمية تقوم بإرسال مرضاها لتلقي العلاج الطبيعي في المنتجع.

ترى إدارة الفندق أن السياحة الاستشفائية في الأردن هي أكثر أهمية من السياحة الطبية على المدى البعيد كون السياحة الطبية لها مزايا يمكن أن تحاكى في المستقبل في حين أن مواقع السياحة الاستشفائية ظواهر طبيعية موجودة فقط في هذا المكان فلا يوجد في العالم إلا بحر ميت واحد بخصائصه العلاجية لا يمكن محاكاتها.

٤-٦-٢ فندق ماعين

فندق من فئة الخمس نجوم، بسعة (٩٧) غرفة فندقية متباينة المستوى. لا يقدم الفندق برامج علاجية موجهة ولكنه يستغل الميزة الطبيعية للمنطقة كارتفاع نسبة الأكسجين التي تعتبر مفيدة جداً للأمراض الصدرية وكذلك الفوائد العلاجية في مياه شلالات ماعين (المياه الحارة الكبريتية التي تمتاز بوجود العديد من المعادن فيها مما جعلها مياها فريدة ذات جودة لعلاج المصابين بالأمراض الجلدية، وأمراض الدورة الدموية، وآلام العظام والمفاصل) في عروضه التسويقية لجذب السياح من مختلف مناطق العالم. ويتبع للفندق مركز خاص (six senses SPA) لتقديم خدمات علاجية لغايات الاسترخاء حسب طلب الزائرين،

يستقبل الفندق العلاجي أعداداً كبيرة من الزائرين طلباً للراحة والاسترخاء وللاستشفاء من الأمراض الجلدية والصدرية بدون وجود برنامج علاجي معتمد. أما الأسواق الرئيسة فهي من غرب أوروبا وروسيا والولايات المتحدة إضافة إلى وجود حركة جيدة من دول الخليج العربي ومن المملكة العربية السعودية بشكل خاص.

يتبع الفندق لإدارة القطاع الخاص وتدير الفندق إدارة أردنية، وتركز بشكل رئيس على تشغيل الأيدي العاملة الأردنية ويحتوي الفندق على كادر من المختصين بالعلاج الطبيعي أما الاستثمارات الموجودة على البحر الميت من فنادق الخمس نجوم، فتشكل منافس حقيقي للفندق، وترى إدارة الفندق أنها قادرة على المنافسة على المستوى الإقليمي والدولي، أما الوسائل المستخدمة في الترويج فمن خلال المؤتمرات السياحية والعروض المعتمدة على فترات الذروة والكساد، وللفندق مجموعة من الشراكات وعلاقات التشبيك مع وكلاء السياحة والسفر لجلب الزوار من خارج الأردن.

الأوضاع السياسية في المنطقة بشكل عام أثرت بشكل كبير على الحركة السياحية في الأردن، كون زيارة الأردن عادة ما تكون من خلال برنامج سياحي متكامل يشمل زيارة (مصر وفلسطين المحتلة والأردن)، وكان لانعكاس الأوضاع السياسية في مصر وحالة عدم الاستقرار الأثر السلبي من خلال إلغاء الكثير من الحجوزات. وترى إدارة الفندق أن الخدمات الحكومية غير كافية وأن حوافز الاستثمار بشكل عام غير مشجعة إذ ما قورنت بالحوافز التي تقدمها الحكومات في الدول المجاورة مثل مصر ولبنان.

٤-٦-٣ حمامات عفرا والبربيطة

منتجع طبيعي غير مصنف، يتبع لوزارة السياحة والآثار الأردنية، ويوجد في الموقع مركز لدخول الزوار ويتقاضى أجور متفاوتة من الزوار(حسب الجنسية)، والدخل المتأتي ينفق على رواتب العاملين ولأعمال الصيانة وكما يشير مدير الموقع أن مجموع الدخل في بعض الأشهر لا يكفي لسد النفقات الأساسية. ولا يقدم الموقع برامج علاجية موجهة ولكنه يستغل الخصائص العلاجية للمياه والتي يمكن الاستفادة منها في علاج أمراض الروماتزم، وتيبس المفاصل والعضلات، والالتهابات المفصلية، وتنشيط الدورة الدموية، وتصلب الشرايين وبعض أنواع العقم.

يستقبل الموقع العلاجي أعداداً كبيرة من الزائرين المحليين طلباً للراحة والاسترخاء وللاستشفاء من الأمراض الجلدية والصدرية بدون وجود برنامج علاجي معتمد، ومعظم الزوار من محافظات الجنوب، إضافة إلى تزايد الطلب عليه من محافظات الوسط وتحديداً بعد ارتفاع أسعار الدخول إلى حمامات ماعين، وتوجد حركة قليلة من دول الخليج العربي ومن المملكة السعودية بشكل خاص، تدفعهم السمعة الطيبة للخصائص العلاجية لهذه المنطقة معتمدين بالمقام الأول على السمعة والموروث الشعبي والكلمة المنقولة في قدرة هذه المياه على علاج العديد من الأمراض، ولا يوجد في الموقع مختصين بالعلاج الطبيعي.

ترى إدارة الموقع أنها قدرتها على المنافسة تنحصر على المستوى المحلي، وليس للموقع أي شراكات أو علاقات للتشبيك مع أطراف خارج الأردن، كما ترى إدارة الموقع أن الخدمات الحكومية غير كافية والموقع يفتقر إلى العديد من المتطلبات الأولية لقيام النشاط السياحي مثل تواضع مستوى النظافة العامة في الموقعين، وعدم توفير وسائل السلامة العامة على الطريق المؤدي إليهما، بسبب وعورته، وقلة دورات المياه وانعدام نظافتها، وعدم توفر عيادة صحية لتقديم خدمات الإسعاف الأولي. كما تتميز ممرات السيل بوجود المنزلقات الطحلبية التي تشكل خطراً على الزوار وقلة اللوحات الإرشادية والتحذيرية، ويفتقر الموقع لمياه الشرب والكهرباء ويتم تزويد المنطقة بالكهرباء عن طريق مولدات بسيطة لا تفي بالغرض.

ويعتمد الموقع في عملية التسويق على ما تقوم به وزارة السياحة وهيئة تنشيط السياحة، دون إدماج حقيقي للموقع ضمن برنامج سياحي، ومعظم الزائرين العرب يأتون عن طريق شبكات التواصل الاجتماعي من أقارب وأصدقاء وجزءاً قليل عن طريق جهودهم الذاتية في البحث عن المعرفة من خلال ما تقدمه بعض المواقع الإلكترونية في عرض بعض المعلومات عن الخصائص العلاجية للموقع، أما السياح الأجانب فعددهم محدود جداً ويقومون بالزيارات بشكل

فردي بسيارات سياحية أو من خلال سيارات الأجرة معتمدين على كتيبات ونشرات سياحية من جهات متعددة، وعادة ما تكون دوافعهم للتنزه والاستكشاف والبحث عن المعرفة وليس بقصد العلاج.

الموقع بشكل عام بحاجة إلى خطة عامة لإدارته من خلال إيجاد منتجع يقدم خدمات علاجية بطرق علمية للزوار المحليين والعرب والأجانب ضمن فكر تخطيطي واضح وإيجاد كادر قيادي للموقع قادرة على إدارة الموارد بالشكل الصحيح مع إيجاد خطة ترويجية لتسويق الموقع ليأخذ حقه الطبيعي بما يتلاءم مع الإمكانات الحقيقية لهذا الموقع، فالموقع بحد ذاته مهما غلت قيمته غير قادر على ترويج نفسه خارجيا وإنما بحاجة لأصحاب فكر ريادي واستثماري لتقديم هذا الموقع ضمن خريطة السياحة الإقليمية ودمجه ضمن برامج الزيارة للأردن ليكون له دور حقيقي في الانعكاس الإيجابي على الدخل المتأتي من القطاع السياحي وليعود بالفائدة على سكان المنطقة. وعلى الرغم من رغبة أبناء المنطقة والزوار المحليين من رفع كفاءة الموقع وتنفيذ مشاريع البنية التحتية وتوفير مواقع الإقامة والخدمات الأولية لتتلاءم مع أهمية هذا الموقع إلا أنهم ابدوا تخوفهم من الاستثمار الخاص بسبب توقعهم المسبق لارتفاع الأسعار واقتصار الدخول على فئات محددة.

الفصل الخامس

نتائج تقييم الأداء المؤسسي

للإجابة على التساؤل الأول من أسئلة الدراسة، عن تقييم مستوى أداء المؤسسات العلاجية، وذلك من خلال أسلوب التقييم الذاتي الذي قدم لإدارة المستشفيات وكانت إجابات عينة الدراسة على جميع المحاور بالتفصيل كما يلي:

٥-١ القيادة

تناول هذا المحور دور قيادة المؤسسة في تطوير رؤية ورسالة المؤسسة، وتحديد مسؤولياتها الاجتماعية، ودورها في تطوير وتنمية مهارات الإدارة، وتقييم أدائها لغايات التحسين وتمكين الموظفين وتشجيع نشاطات الابتكار والإبداع وتقديم الحوافز.

فتحديد الهدف من وجود المؤسسة من خلال الرؤية والرسالة يساعد جميع الأطراف على فهم الوضع الحالي والتصور المستقبلي للمؤسسة، فالرؤية تعبير موجز لتطلعات المستقبل، والرسالة هي لتحديد كيفية قيام المؤسسة بتحقيق رؤيتها، كما على المؤسسة أن تقوم من ضمن مسؤولياتها الاجتماعية في دعم المجتمع المحلي والمشاركة في النشاطات المجتمعية، وقد تم تناول المحور الرئيس (القيادة) من خلال ست عبارات فرعية وزعت على عينة الدراسة وطلب الإجابة عليها من خلال مقياس ليكرت الخماسي والذي تراوحت درجاته بين (٥) موافق جداً إلى (١) غير موافق نهائياً وكانت إجابات العينة على النحو الأتي:

أظهرت نتائج الدراسة أن المتوسطات الحسابية لإجابات عينة الدراسة على العبارات الفرعية الست لمحور القيادة تراوحت بين (٢,٩٧ – ٣,٩١) وبمتوسط حسابي كلي بلغ (٣,٣٩) وبانحراف معياري وصل إلى (٠,٧٧١) وهو ما يعكس بشكل عام ضعف جانب القيادة في المؤسسات العلاجية من عينة الدراسة، فالمتوسط العام وصل إلى (٣,٣٩) وهو ضمن فئة مستوى الأداء المتوسط حسب درجات مقياس ليكرت الخماسي.

ويظهر جانب القوة بالمتغير الأول المتعلق بقيام المؤسسة بإعداد وتوثيق رؤية تعكس التطلعات المستقبلية، ورسالة تعكس الخدمات وتحدد العملاء، والأسواق التي تستهدفها، من خلال حصوله على أعلى متوسط حسابي ضمن العبارات الفرعية الست(٣,٩١)، في حين جاء المتغير المتعلق بتوفير بيئة مناسبة لنشاطات الابتكار والإبداع وتبني الأفكار الجديدة وتقديم الحوافز في المرتبة الأخيرة وحصل على متوسط حسابي (٢,٩٧) وهو أقل من المتوسط الافتراضي، وبالتالي يتوجب على المؤسسات العمل على رفع مستوى الأداء في محور القيادة بشكل عام، والعمل بشكل خاص على:

- تقييم أداء الإدارة العليا من أجل التحسين.
- تمكين الموظفين وتشجيع العمل بروح الفريق الواحد، وتحفيزهم على المشاركة في تطوير المؤسسة.
- توفير بيئة مناسبة لنشاطات الابتكار والإبداع

والجدول رقم(٤٠) يبين إجابات إدارة المستشفيات على محور القيادة.

الجدول٤٠ . نتائج إجابات إدارة المستشفيات على محور القيادة .

الرقم	القيادة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الأداء
١	تقوم المؤسسة بإعداد وتوثيق رؤية تعكس التطلعات المستقبلية، ورسالة تعكس الخدمات وتحدد العملاء والأسواق التي تستهدفها.	٣,٩١٤	٠,٧٠٢	مستوى أداء مرتفع
٢	تقوم المؤسسة ضمن مسؤوليتها الاجتماعية بدورها في دعم المجتمع المحلي والمشاركة في النشاطات المجتمعية.	٣,٥١٤	٠,٩١٩	
٣	تعمل المؤسسة على تطوير وتنمية مهارات القيادة العليا وتأهيلهم لتلبية احتياجات المستقبل.	٣,٤٢٨	١,٠٠٨	
٤	تقوم المؤسسة بتقييم أداء الإدارة العليا لغايات تحسين الأداء.	٣,٣٧١	٠,٩٧٣	مستوى أداء متوسط
٥	تقوم المؤسسة بتمكين الموظفين وبتفويض الصلاحيات وتشجيع العمل بروح الفريق الواحد وتحفيزهم للمشاركة في تطوير المؤسسة.	٣,١٧١	١,٠١٤	
٦	تقوم المؤسسة بتوفير بيئة مناسبة لنشاطات الابتكار والإبداع وتبني الأفكار الجديدة وتقديم الحوافز.	٢,٩٧١	٠,٩٨١	
٧	المتوسط الكلي	٣,٣٩٥	٠,٧٧١	

المصدر: الباحث، المسح الميداني

٥-٢ التخطيط الاستراتيجي

تناول هذا المحور أسلوب التخطيط الاستراتيجي الذي تعتمده المؤسسة، بما في ذلك الأهداف والاستراتيجيات المتبناة لتحقيق الأهداف اعتماداً على قدرة المؤسسة على تحليل بيئتها الداخلية وقدرة المؤسسة على التعامل مع حالات الطوارئ، وبيئتها الخارجية من عوامل (سياسية ،اقتصادية، اجتماعية وتكنولوجية) وحصر احتياجات العملاء وفرص المؤسسة للإبداع وتحقيق الميزة التنافسية، وذلك لتحديد نقاط القوة والضعف والفرص والتحديات المرتبطة بها. وكذلك على المؤسسة أن تضع أهدافاً إستراتيجية تتوافق مع الرؤية والرسالة، وتنبثق عنها استراتيجيات قصيرة وطويلة المدى، بالاعتماد على نتائج تحليل البيئة الداخلية والخارجية، وان تكون الأهداف محددة وواقعية، قابلة للتحقق وقابلة للقياس ومحددة كذلك بإطار زمني. وكذلك على المؤسسة تعميم الاستراتيجيات على الأطراف أصحاب العلاقة ومن ثم قيام المؤسسة بوضع وقياس مؤشرات الأداء

ومراجعة الأداء المؤسسي (مركز الملك عبدالله للتميز،٢٠٠٨) ومن ضمن هذا المحور تم تضمين سبعة عبارات وجهت لعينة الدراسة، وطلب الإجابة عليها من خلال التقييم الذاتي لمؤسساتهم على مقياس ليكرت الخماسي.

وأظهرت نتائج الدراسة أن المتوسطات الحسابية لإجابات عينة الدراسة على العبارات الفرعية السبع لجانب التخطيط الاستراتيجي تراوحت بين (٢,٧٤- ٣,٨٨) وبمتوسط حسابي كلي (٣,٣٨) وبانحراف معياري وصل تقريباً إلى (٠,٨٦٦) وهو ما يعكس بشكل عام ضعف جانب التخطيط الاستراتيجي في المؤسسات العلاجية، فالمتوسط العام وصل إلى (٣,٣٨) وهو أقل من مستوى الأداء المرتفع (٣,٤١) الذي يشير إليه المستوى الرابع حسب درجات مقياس ليكرت الخماسي.

ويظهر جانب القوة ضمن محور التخطيط الاستراتيجي في المتغير الأول والذي يشير إلى قيام المؤسسات بتحليل بيئتها الداخلية وبيئتها الخارجية، بهدف تحديد نقاط القوة والضعف والفرص والتحديات المرتبطة بها، وحصل على المرتبة الأولى بمتوسط حسابي وصل إلى (٣,٨٨) تلاه العامل المتعلق بوضع المؤسسة أهدافاً إستراتيجية تتوافق مع الرؤية والرسالة ووضع الأولويات لها، بمتوسط حسابي (٣,٧٤) في حين يظهر جانب الضعف في العامل المتعلق بإشراك الموردين والشركاء والعملاء في وضع الاستراتيجيات وحصل على المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي وصل إلى (٢,٧٤) وبانحراف معياري (١,٠٦).

وبالتالي يجب على المؤسسات ضرورة الاهتمام بمعالجة جوانب الضعف ضمن محور التخطيط الاستراتيجي من خلال العمل على قياس وتحليل مؤشرات الأداء، وضرورة وضع خطط منسجمة مع الاستراتيجيات، وتحديد أهداف واقعية قابلة للتطبيق والعمل على تحديدها بإطار زمني، وإشراك الأطراف ذات العلاقة في وضع الاستراتيجيات.

والجدول رقم(٤١) يبين إجابات إدارة المستشفيات على محور التخطيط الاستراتيجي، وتحديد مستوى الأداء، اعتمادا على درجات المقياس.

الجدول ٤١. نتائج إجابات إدارة المستشفيات على محور التخطيط الاستراتيجي.

الرقم	التخطيط الإستراتيجي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	
١	تقوم المؤسسة بتحليل بيئتها الداخلية وبيئتها الخارجية بهدف تحديد نقاط القوة والضعف والفرص والتحديات المرتبطة بها.	٣,٨٨٥	٠,٩٣٢	مستوى أداء مرتفع
٢	تضع المؤسسة أهدافاً إستراتيجية تتوافق مع الرؤية والرسالة ووضع الأولويات لها.	٣,٧٤٣	٠,٨٥٢	
٣	تقوم المؤسسة بوضع استراتيجيات طويلة وقصيرة المدى بناءً على أهدافها الإستراتيجية المنبثقة من رؤيتها ورسالتها.	٣,٥١٤	١,٠٦٧	
٤	تقوم المؤسسة بقياس وتحليل مؤشرات الأداء ومراجعة الأداء المؤسسي.	٣,٣٧١	١,٠٠٢	مستوى أداء متوسط
٥	تقوم المؤسسة بإعداد خطط عمل تتوافق مع الاستراتيجيات المتبناة، ويتم تحديد أولويات التطبيق والأطر الزمنية.	٣,٢٢٨	١,٠٨٧	
٦	تقوم المؤسسة بوضع أهداف محددة،قابلة للقياس وقابلة للتحقق ،واقعية ومحددة بإطار زمني.	٣,٢	٠,٩٦٤	
٧	يتم إشراك الموردين والشركاء والعملاء في وضع الاستراتيجيات.	٢,٧٤٢	١,٠٦٧	
٨	المتوسط الكلي	٣,٣٨٤	٠,٨٦٧	

المصدر: الباحث، المسح الميداني

٥-٣ إدارة الموارد

تتناول هذا المعيار قدرة المؤسسة على إدارة الموارد البشرية والمعرفية والمالية والتقنية المتاحة بفعّالية لتحقيق التميز في الأداء، وتشمل الموارد البشرية كافة الأشخاص الذين يسهمون في انجاز عمل المؤسسة سواء العاملين بشكل دائم أو بشكل مؤقت وباختلاف مستوياتهم الإدارية، فعلى المؤسسة أن تقوم بإعداد ومراجعة الأوصاف الوظيفية وتحديد احتياجاتهم ووضع خطط لتوفير هذه الكوادر المؤهلة لمواجهة الطلب الحالي والمتوقع، وكذلك على المؤسسة أن تقوم بتوفير البرامج والمعلومات الضرورية للعاملين والمساهمين والشركاء والعملاء وإدارة المعرفة لديها بما في ذلك المعرفة الضمنية والصريحة، والتخطيط وإعداد موازنتها المالية وتخصيص الموارد من أجل السعي لتحقيق الأهداف الإستراتيجية ووضع منهجية شاملة وموثقة لتحديد احتياجات المؤسسة من الموارد المادية وصيانتها وإدارة مواردها التقنية.

وتضمن هذا المحور سبعة عبارات رئيسة وجهت لأفراد عينة الدراسة وفق مقياس ليكرت الخماسي وكانت نتائج إجاباتهم على النحو الآتي.

أظهرت نتائج الدراسة أن المتوسطات الحسابية لإجابات عينة الدراسة على العبارات الفرعية السبع لمحور إدارة الموارد تراوحت بين(٣,٢٥٧- ٣,٦٨٥) وبمتوسط حسابي كلي وصل إلى (٣,٤٤) وبانحراف معياري قدره (٠,٧٠٣).

وحصل العامل المتعلق بإعداد ومراجعة الأوصاف الوظيفية للعاملين، واستخدامها في إدارة مواردها البشرية على المرتبة الأولى، تلاه العامل المتعلق بقيام المؤسسة بإدارة أصولها المعرفية بما فيها المعرفة الصريحة والضمنية، بمتوسط حسابي مساوٍ للعامل الثالث وهو قيام المؤسسة بتخطيط وإعداد وتطبيق موازنتها المالية وتخصيص الموارد المالية لتحقيق الأهداف الإستراتيجية ولكن بانحراف معياري أقل، في حين حصل العامل المتعلق بتوفير البيانات والمعلومات للموردين والمساهمين والشركاء والعملاء بالمرتبة الأخيرة، وحصل على متوسط حسابي بلغ (٣,٢٥).

وتظهر بعض عناصر الضعف في محور إدارة الموارد، ومن الضروري العمل على معالجة تلك الجوانب، للارتقاء بمستوى أداء المؤسسة، كضرورة وضع خطة شاملة لإدارة الموارد التقنية، وتحديد أساليب وآليات التطوير. وكذلك العمل على وضع خطط لتوفير الكوادر البشرية المؤهلة، وإشراك الأطراف ذات العلاقة وتوفير البيانات والمعلومات.والجدول (٤٢) يبين إجابات إدارة المستشفيات على محور إدارة الموارد، مبيناً مستوى الأداء، اعتمادا على درجات المقياس.

الجدول ٤٢. نتائج إجابات إدارة المستشفيات على محور إدارة الموارد.

الرقم	إدارة الموارد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الأداء
١	تقوم المؤسسة بإعداد ومراجعة الأوصاف الوظيفية للعاملين واستخدامها في إدارة مواردها البشرية.	٣,٦٨٦	٠,٧١٨	مستوى أداء مرتفع
٢	تقوم المؤسسة بإدارة أصولها المعرفة بما فيها المعرفة الصريحة والضمنية.	٣,٥١٤	٠,٧٨١	
٣	تقوم المؤسسة بتخطيط وإعداد وتطبيق موازنتها المالية وتخصيص الموارد المالية لتحقيق الأهداف الإستراتيجية.	٣,٥١٤	٠,٨٥٣	
٤	تقوم المؤسسة بوضع منهجية شاملة وموثقة لتحديد احتياجات المؤسسة من الموارد المادية وصيانتها والمحافظة عليها.	٣,٤٥٧	٠,٨٨٦	
٥	تقوم المؤسسة بإدارة مواردها التقنية بما في ذلك نقل التكنولوجيا وتحديد كيفية قيامها بتطوير خدماتها.	٣,٣٩٩	٠,٨٤٧	مستوى أداء متوسط
٦	تعمل المؤسسة على وضع خطط لتوفير الكوادر البشرية المؤهلة لمواجهة الطلب الحالي والمتوقع.	٣,٢٨٦	٠,٩٥٧	
٧	تقوم المؤسسة بتوفير البيانات والمعلومات للموردين والمساهمين والشركاء والعملاء.	٣,٢٥٧	٠,٨٥٢	
٨	المتوسط الكلي	٣,٤٤٥	٠,٧٠٣	

المصدر: الباحث، المسح الميداني

٥-٤ إدارة العمليات

تتناول هذا المعيار أهمية التنسيق بين وحدات العمل وانعكاسه على زيادة الفعالية والأداء، لذا فالأمر يتطلب منهجية فعّالة ومقاسه للتنسيق والاتصال بين العاملين ووحدات العمل، وكذلك تستطيع المؤسسة من خلال تصميم عملياتها واختبارها ومراقبة تنفيذها بشكل مستمر أن تعزز قدرتها على تقديم الخدمات بطريقة فعّالة وضمن الوقت المحدد وكذلك لا بد للمؤسسة من أن تقوم بتطوير وتطبيق ومراجعة أنظمة الجودة لديها وتطويرها بهدف تزويد العملاء بخدمات تلبي احتياجاتهم وتوقعاتهم وكذلك لا بد من وجود سياسة تعنى بالبيئة تتضمن أهدافها وخططها وكيفية إدارتها ،وبالمجمل لا بد من أن كافة العمليات تتمحور حول العميل وبالتالي لا بد من إقامة قنوات الاتصال الدائمة مع العملاء وتحديد الاحتياجات والتبوء بها وتلبيتها.

وتضمن هذا المحور خمس عبارات رئيسة وجهت لأفراد عينة الدراسة وفق مقياس ليكرت الخماسي وكانت نتائج إجاباتهم على النحو الآتي.

وردت خمسة عبارات فرعية ضمن هذا المحور لقياس إدارة العمليات في المؤسسات العلاجية وتراوحت المتوسطات الحسابية لإجابات عينة الدراسة بين (٣,١١-٣,٧٤) وبمتوسط كلي بلغ (٣,٤٥) وبانحراف معياري (٠,٧٧٥).

وتشير نتائج الجدول إلى أن العامل المتعلق بتعزيز المؤسسة لقدرتها على تقديم الخدمات بطريقة فعّالة وضمن الوقت المحدد حصل على المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ(٣,٧٤) تلاه العامل المتعلق بقيام المؤسسة بتطوير وتطبيق ومراجعة أنظمة الجودة لديها وتطويرها بهدف تزويد العملاء بخدمات تلبي احتياجاتهم وتوقعاتهم. في حين جاء العامل المتعلق بوجود سياسة موثقة تعنى بالبيئة، تتضمن أهدافها وخططها البيئية وكيفية إدارتها للنواحي البيئية المتعلقة بمنتجاتها وخدماتها على المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ (٣,١١) وبانحراف معياري وصل إلى (٠,٩٩). والجدول رقم (٤٣) يبين قيم المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي على محور إدارة العمليات.

الجدول٤٣. مستوى الأداء المؤسسي على محور إدارة العمليات.

الرقم	إدارة العمليات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الأداء
١	تقوم المؤسسة بتعزيز قدرتها على تقديم الخدمات بطريقة فعّالة وضمن الوقت المحدد.	٣,٧٤٣	٠,٧٨	مستوى أداء مرتفع
٢	تقوم المؤسسة بتطوير وتطبيق ومراجعة أنظمة الجودة لديها وتطويرها بهدف تزويد العملاء بخدمات تلبي احتياجاتهم وتوقعاتهم.	٣,٦٢٩	١,٠٠٢	
٣	تقوم المؤسسة بوضع منهجية فعّالة ومقاسه للتنسيق والاتصال بين العاملين ووحدات العمل.	٣,٤٥٧	٠,٧٤١	
٤	تقوم المؤسسة بإقامة قنوات اتصال دائمة مع عملائها وتحديد احتياجاتهم وتوقعاتهم والتنبؤ بها وتلبيتها.	٣,٣١٤	٠,٨٦٧	مستوى أداء متوسط
٥	يوجد لدى المؤسسة سياسة موثقة تعنى بالبيئة، تنتظمن أهدافها وخططها البيئية وكيفية إدارتها للنواحي البيئية المتعلقة بمنتجاتها وخدماتها.	٣,١١٤	٠,٩٩٣	
٦	المتوسط الكلي	٣,٤٥١	٠,٧٧٥	

المصدر: الباحث، المسح الميداني

٥-٥ النتائج

يمكن لإدارة المؤسسات أن تأخذ تغذية راجعة عن أدائها من خلال رأي العملاء ودرجة رضاهم عن الخدمات المقدمة وهذا ما تم ملاحظته في عدد من المستشفيات التي توفر استبيانات للتعرف على درجة رضا الزوار والتعرف على نقاط الضعف وكذلك من خلال توفير صندوق للشكاوي وعلى المؤسسة أن تقوم بتحليل نتائج قياس رضا وولاء العملاء لتحسين الخدمات المقدمة، ولا يتوقف الأمر على الزوار بل يتعدى ذلك إلى العاملين في المؤسسة وضرورة التعرف على رأي الموظفين بالمؤسسة كما يمكن على الجانب الأخر قياس نتائج العاملين من خلال مؤشرات أداء داخلية لتطوير أداء العاملين في المؤسسة، كذلك لا بد للمؤسسة من وضع مؤشرات لقياس مستوى جودة خدماتها، وتعتمد مؤشرات الأداء على العوامل المؤثرة في تفضيل العميل لخدمة المؤسسة المقدمة على الخدمات المقدمة من المؤسسات المنافسة. وقياس أداء الموردين في عمليات التسليم والسعر والخدمة، ومن المعايير الفرعية التي يتناولها هذا المحور قيام المؤسسة بدراسة أثرها على الاقتصاد المحلي من خلال توظيف العمالة المحلية،قياس نسبة القيمة المضافة لخدماتها،قياس حجم صادراتها وقياس أثرها على المجتمع المحلي من خلال رأي المجتمع المحلي بالمؤسسة كذلك قيام المؤسسة بقياس نتائج أدائها المالي وأدائها السوقي وإذ كانت تتم عملية ربط بين النتائج المتحققة مع المنهجيات التي تم تطبيقها.

وتضمن هذا المحور ثمان عبارات رئيسة وجهت لأفراد عينة الدراسة وفق مقياس ليكرت الخماسي وكانت نتائج إجاباتهم على النحو الآتي.

ورد ضمن هذا المحور ثمان عبارات فرعية تراوحت موسطاتها الحسابية (٣,٠٣-٣,٨٨) وبمتوسط كلي بلغ (٣,٤٩) وبانحراف معياري بلغ (٠,٦٤٣).

وحصل العامل المتعلق بقيام المؤسسة بقياس أداء الموردين (التسليم، السعر، الخدمة) على المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي بلغ (٣,٨٨) وبانحراف معياري (٠,٨٣٢) تلاه العامل المتعلق بقيام المؤسسة بدراسات عن درجة رضا العملاء وولائهم بمتوسط حسابي بلغ (٣,٨٥٧) وبانحراف معياري قدره (٠,٨٧٩) في حين حصل العامل المتعلق بقيام المؤسسة بقياس أثرها

على المجتمع المحلي من خلال رأي المجتمع المحلي بالمؤسسة على المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (٣,٠٢٨) وبانحراف معياري (٠,٧٨٥). والجدول رقم (٤٤) يبين ترتيب المتغيرات الفرعية تنازلياً حسب قيمة المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي على محور النتائج.

الجدول ٤٤. مستوى الأداء المؤسسي على محور النتائج

الرقم	النتائج	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الأداء
٤	تقوم المؤسسة بقياس أداء الموردين (التسليم، السعر، الخدمة).	٣,٨٨٦	٠,٨٣٢	مستوى أداء مرتفع
١	تقوم المؤسسة بدراسات عن درجة رضا العملاء وولائهم.	٣,٨٥٧	٠,٩٧٨	
٧	تقوم المؤسسة بقياس نتائج أدائها المالي وأدائها السوقي (المبيعات،الأرباح، الحصة السوقية،حجم النمو، الأسواق الجديدة).	٣,٦٢٩	٠,٧٧	
٣	تقوم المؤسسة بوضع مؤشرات أداء لقياس مستوى جودة خدماتها.	٣,٥١٤	٠,٨٨٧	
٢	تقوم المؤسسة بدراسات عن مستوى رضا العاملين في المؤسسة وانتمائهم وتطورهم.	٣,٤٢٩	١,٠٠٨	
٨	هل يتم ربط النتائج المتحققة مع المنهجيات التي تم تطبيقها.	٣,٣٤٣	٠,٦٣٩	مستوى أداء متوسط
٥	تقوم المؤسسة بدراسة أثرها على الاقتصاد المحلي من خلال توظيف العمالة المحلية،قياس نسبة القيمة المضافة لخدماتها،قياس حجم صادراتها.	٣,٢٥٧	٠,٨٨٦	
٦	تعمل المؤسسة على قياس أثرها على المجتمع المحلي من خلال رأي المجتمع المحلي بالمؤسسة.	٣,٠٢٩	٠,٧٨٥	
٩	المتوسط الكلي	٣,٤٩٣	٠,٦٤٤	مستوى أداء مرتفع

المصدر: الباحث، المسح الميداني

٥-٦ تقييم الأداء المؤسسي

أظهرت نتائج الدراسة النهائية لتقييم الأداء المؤسسي والذي شمل خمسة محاور رئيسة (القيادة، التخطيط الإستراتيجي، إدارة الموارد، إدارة العمليات، النتائج) وجاءت المتوسطات الحسابية بين(٣,٣٨) إلى (٣,٤٩) وبمتوسط حسابي كلي بلغ (٣,٤٣).

وجاء في المرتبة الأولى محور النتائج كأعلى متوسط حسابي وبلغ(٣,٤٩) وبانحراف معياري قدره (٠,٦٤٣) تلاه في المرتبة الثانية محور إدارة العمليات بمتوسط (٣,٤٥) ثم محور إدارة الموارد بمتوسط(٣,٤٤) وفي المرتبة الرابعة جاء محور القيادة بمتوسط (٣,٣٩) وفي المرتبة الأخيرة محور التخطيط الاستراتيجي بمتوسط حسابي بلغ (٣,٣٨).

وبشكل عام فأن المتوسطات الحسابية للمحاور الخمسة تركزت بين الفئة الثالثة التي تشير إلى درجة الأداء المتوسط والفئة الرابعة التي تشير إلى درجة الأداء العالي حسب مقياس ليكرت الخماسي.

أما المتوسط الحسابي الكلي فقد بلغ (٣,٤٣) فهو في الحدود الدنيا لدرجة الأداء المرتفع، ويلاحظ كذلك من النتائج الواردة في الجدول إلى ارتفاع قيم الانحراف المعياري والتي تراوحت بين(٠,٦٦٤) إلى (٠,٨٦٧) وهذا ما يشير إلى وجود تباين واضح بين أداء المؤسسات بين أفراد العينة.

الجدول ٤٥. النتائج النهائية لتقييم الأداء المؤسسي.

الرقم	تقييم الأداء المؤسسي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الأداء
٥	النتائج	٣,٤٩٣	٠,٦٤٤	مستوى أداء مرتفع
٤	إدارة العمليات	٣,٤٥١	٠,٧٧٥	
٣	إدارة الموارد	٣,٤٤٥	٠,٧٠٣	
١	القيادة	٣,٣٩٥	٠,٧٧١	مستوى أداء متوسط
٢	التخطيط الإستراتيجي	٣,٣٨٤	٠,٨٦٧	
٦	المتوسط الكلي	٣,٤٣٤	٠,٦٨٩	مستوى أداء مرتفع

٥-٧ التسويق

لتقييم الجانب التسويقي في المؤسسات العلاجية تم توجيه جزءاً من الاستبانة لإدارة المستشفيات، لتقييم الجهود التسويقية في مؤسساتهم، وكانت إجاباتهم ضمن مقياس ليكرت الخماسي(مرتفع جدا، مرتفع، متوسط، منخفض، منخفض جداً) .

وأظهرت نتائج الدراسة وجود حالة ضعف كبيرة في مجال التسويق في المؤسسات العلاجية، ويبين الجدول (٥٨) إجابات إدارة المستشفيات على محور التسويق، والتي تراوحت المتوسطات الحسابية للعبارات الفرعية بين (٢,٥١) إلى (٣,٥٧) والمتوسط الكلي (٢,٩٢) وبانحراف معياري بلغ (١,٠٩٧).

وحصلت العبارة المتعلقة بوجود خدمات ما بعد تقديم الخدمة، على أعلى متوسط حسابي وبلغت قيمته(٣,٥٧)، وهي العبارة الوحيدة التي حصلت على درجة تقييم مرتفع، وجاءت مجموعة من العوامل في درجة التقييم المتوسط، تمثلت بقيام المؤسسات العلاجية بدراسات عن الأسواق والعملاء، ثم قدرة المؤسسات على تكييف العرض بما يتناسب مع التحولات في أنماط الطلب، ثم جاء امتلاك المستشفى لموقع إلكتروني يقدم فيه معلومات كافية عن الخدمات المقدمة للمرضى، وكذلك الحال ظهرت جوانب ضعف بتوفر وحدات خاصة للتسويق أو قدرة المؤسسات على توفير حزم متكاملة تتضمن (الإجراءات الطبية، تكاليف العلاج، الإقامة،التنقل، جولات سياحية) على غرار ما تقوم به المؤسسات العلاجية في بعض الدول التي قطعت شوطاً طويلاً في مجال السياحة العلاجية مثل الهند وتايلند، وعلى ما يبدو أن فكرة إدماج جولة سياحية ضمن البرنامج العلاجي أمر مستبعد في الوقت القريب، حسب رأي مجموعة من إدارة المستشفيات، لكن بعض المستشفيات توجد لديها برامج شاملة لحجوزات الطيران والإقامة والاستقبال والإجراءات الطبية، وكذلك يظهر ضعف في وجود خطة تسويقية للعديد من المؤسسات العلاجية، أما نقطة الضعف الكبرى في هذا المجال فهو المحور المتعلق بالجانب المالي، من خلال عدم وجود ميزانية كافية للإعلان والتسويق وجاء هذا العامل في المرتبة الأخيرة وبمتوسط حسابي وصل إلى(٢,٥١) وبانحراف معياري (١,٣٢).والجدول رقم (٤٦) يبين نتائج إجابات إدارة المستشفيات على مجموعة الجوانب المتعلقة بالجانب التسويقي، وتم إعادة ترتيبها تنازلياً، اعتماداً على المتوسطات الحسابية مبيناً مستوى التقييم لكل من هذه الجوانب حسب درجات المقياس والتي تتراوح درجاته من مرتفع جداً إلى منخفض جداً .

الجدول ٤٦. نتائج تقييم محور التسويق في المستشفيات

الرقم	التسويق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى التقييم
١	وجود خدمات ما بعد تقديم الخدمة	٣,٥٧	٠,٨٥	مرتفع
٢	تقوم المؤسسة بدراسات عن الأسواق والعملاء	٣,١٤	٠,٩١٢	متوسط
٣	لديكم القدرة لتكييف المنتج ليتناسب مع التحولات في أنماط الطلب	٣,٠٣	١,١	
٤	لديكم موقع إلكتروني خاص بمؤسستكم يقدم معلومات كافية للزبائن	٢,٩٧	١,٦٣	
٥	لدى المؤسسة وحدة خاصة للتسويق قادرة على استخدام المعلومات المتاحة للتنبوء بالمستقبل	٢,٨٦	١,٣٨	
٦	يتوفر لديكم حزم شاملة تتضمن (الإجراءات الطبية، تكاليف العلاج، الإقامة،التنقل، جولات سياحية)	٢,٦٨	١,٥٥	
٧	يوجد تنظيم جيد لإدارة التسويق (خطة تسويقية)	٢,٦٣	١,٣١	
٨	يوجد ميزانية كافية للإعلان والتسويق	٢,٥١	١,٣١	منخفض
٩	المتوسط الكلي	٢,٩٢	١,٠٩٧	

٥-٨ اختبار الفرضيات

٥-٨-١ اختبار الفرضية الرئيسة الأولى:

H1: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$)

وتنبثق من هذه الفرضية الرئيسة مجموعة من الفرضيات الفرعية:

٥-٨-١-١ الفرضية الفرعية الأولى:

$H1_1$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي محور (القيادة) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (الحجم) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٥-٨-١-٢ الفرضية الفرعية الثانية:

$H1_2$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي محور (القيادة) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (نوع الخدمة) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٥-٨-١-٣ الفرضية الفرعية الثالثة:

$H1_3$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي محور (القيادة) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (الاعتمادية الدولية) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٥-٨-١-٤ الفرضية الفرعية الرابعة:

$H1_4$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي محور (التخطيط الاستراتيجي) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (الحجم) عند مستوى دلالة (α 0.05 $\geq$).

٥-٨-١-٥ الفرضية الفرعية الخامسة:

$H1_5$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي محور (التخطيط الاستراتيجي) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (نوع الخدمة) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٥-٨-١-٦ الفرضية الفرعية السادسة:

$H1_6$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي محور (التخطيط الاستراتيجي) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (الاعتمادية الدولية) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٥-٨-١-٧ الفرضية الفرعية السابعة:

$H1_7$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي محور (إدارة الموارد) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (الحجم) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٥-٨-١-٨ الفرضية الفرعية الثامنة:

$H1_8$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي محور (إدارة الموارد) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (نوع الخدمة) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٥-٨-١-٩ الفرضية الفرعية التاسعة:

$H1_9$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي محور (إدارة الموارد) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (الاعتمادية الدولية) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٥-٨-١-١٠ الفرضية الفرعية العاشرة:

$H1_{10}$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي محور (إدارة العمليات) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (الحجم) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٥-٨-١-١١ الفرضية الفرعية الحادية عشر:

$H1_{11}$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي محور (إدارة العمليات) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (نوع الخدمة) عند مستوى دلالة (α 0.05 $\geq$).

٥-٨-١-١٢ الفرضية الفرعية الثانية عشر:

$H1_{12}$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي محور (إدارة العمليات) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (الاعتمادية الدولية) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٥-٨-١-١٣ الفرضية الفرعية الثالثة عشر:

$H1_{13}$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي محور (النتائج) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (الحجم) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٥-٨-١-١٤ الفرضية الفرعية الرابعة عشر:

$H1_{14}$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي محور (النتائج) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (نوع الخدمة) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٥-٨-١-١٥ الفرضية الفرعية الخامسة عشر:

$H1_{15}$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي محور (النتائج) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (الاعتمادية الدولية) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

٥-٨-٢ نتائج اختبار تحليل التباين

أظهرت نتائج الدراسة من خلال اختبار تحليل التباين مايلي:

١. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (محور القيادة) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (حجم المستشفى)، عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (٢,٣٩٧) وقيمة (**Sig**) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,١٠٧)، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد للدراسة، وبالتالي نرفض فرضية الأساس (**$H1_1$**) ونقبل فرضية العدم التي تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير القيادة ومتغير حجم المستشفى تعزى لمتغير لحجم المستشفى.

٢. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (محور القيادة) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (نوع الخدمة)، عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (٠,٠٦٧) وقيمة (**Sig**) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٧٩٧)، وهو أكبر من مستوى الدلالة المعتمد للدراسة، وبالتالي نرفض فرضية الأساس (**$H1_2$**) ونقبل فرضية العدم التي تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير القيادة ومتغير نوع الخدمة تعزى لمتغير نوع الخدمة.

٣. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (محور القيادة) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (الاعتمادية الدوليّة)، عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (٤,٨٦٥) وقيمة (**Sig**) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٠٣٤)، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل فرضية الأساس (**$H1_3$**) التي تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (محور القيادة) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (الاعتمادية الدوليّة)، وكانت هذه الفروق لصالح المستشفيات الحاصلة على الاعتمادية الدوليّة.

والجدول رقم(٤٧) يبين نتائج تحليل التباين بين المتغيرات المستقلة (الحجم، نوع الخدمة، الاعتمادية الدولية) والمتغير التابع (القيادة).

الجدول٤٧. نتائج تحليل التبيان بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع (القيادة).

المتغير		مجموع المربعات	درجات الحرية	F	Sig
حجم المستشفى	بين المجموعات	2.636	2	2.397	0.107
	ضمن المجموعات	17.591	32		
	المجموع	20.227	34		
نوع الخدمة	بين المجموعات	.041	1	0.067	0.797
	ضمن المجموعات	20.186	33		
	المجموع	20.227	34		
الاعتمادية الدولية	بين المجموعات	2.599	1	4.865	0.034
	ضمن المجموعات	17.628	33		
	المجموع	20.227	34		

٤. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (التخطيط الاستراتيجي) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (حجم المستشفى) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، حيث بلغت قيمة **(F)** المحسوبة (٤,٨١٦) وقيمة **(Sig)** التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٠١٥)، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل فرضية الأساس (**H1**4) التي تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (التخطيط الاستراتيجي) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (حجم المستشفى)، وباستخدام اختبار شافييه تبين أن هناك فروق بالنسبة لحجم المستشفى لصالح المستشفيات الكبيرة،ثم المتوسطة ثم الصغيرة.

٥. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (التخطيط الاستراتيجي) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (نوع الخدمة) عند مستوى دلالة (**$\alpha \leq 0.05$**)، حيث بلغت قيمة **(F)** المحسوبة (٠,٠٨٧) وقيمة **(Sig)** التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٧٦٩)، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل فرضية الأساس (**H1**5) التي تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (التخطيط الاستراتيجي) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (نوع الخدمة).

٦. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (التخطيط الاستراتيجي) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (الاعتمادية الدوليّة) عند مستوى دلالة (α ≤ **0.05**)، حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (١٠,٠٨٢) وقيمة (**Sig**) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٠٠٣)، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية الأساس (**H1**6) التي تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (التخطيط الاستراتيجي) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (الاعتمادية الدوليّة)

والجدول رقم (٤٨) يبين نتائج تحليل التباين ين المتغيرات المستقلة (الحجم، نوع الخدمة، الاعتمادية الدولية) والمتغير التابع (التخطيط الاستراتيجي).

الجدول ٤٨. نتائج تحليل التبيان بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع (التخطيط الاستراتيجي).

المتغير		مجموع المربعات	درجات الحرية	F	Sig
حجم المستشفى	بين المجموعات	5.909	2	4.816	0.015
	ضمن المجموعات	19.633	32		
	المجموع	25.542	34		
نوع الخدمة	بين المجموعات	.067	1	0.087	0.769
	ضمن المجموعات	25.474	33		
	المجموع	25.542	34		
	المجموع	25.542	34		
الاعتمادية الدولية	بين المجموعات	5.977	1	10.082	0.003
	ضمن المجموعات	19.565	33		
	المجموع	25.542	34		

٧. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (إدارة الموارد) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (حجم المستشفى) عند مستوى دلالة (α **0.05** ≤)، حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (٦,٣٧١) وقيمة (**Sig**) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٠٠٥)، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل فرضية الأساس (**H1**7) التي تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (إدارة الموارد) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (حجم المستشفى)، وباستخدام اختبار شافييه تبين أن

٨. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (إدارة الموارد) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (نوع الخدمة) عند مستوى دلالة (α ≤ **0.05**)، حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (٠,٣٢٩) وقيمة (**Sig**) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٥٧٠) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد للدراسة، وبالتالي نقبل فرضية العدم التي تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (إدارة الموارد) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (نوع الخدمة).

٩. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (إدارة الموارد) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (الاعتمادية الدوليّة) عند مستوى دلالة (α ≤ **0.05**)، حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (١١,٣٦٧) وقيمة (**Sig**) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٠٠٢)، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية الأساس (**H1**9)التي تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (إدارة الموارد) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (الاعتمادية الدوليّة).

والجدول رقم (٤٩) يبين نتائج تحليل التباين ين المتغيرات المستقلة (الحجم، نوع الخدمة، الاعتمادية الدولية) والمتغير التابع (إدارة الموارد)

الجدول ٤٩. نتائج تحليل التباين بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع (إدارة الموارد).

المتغير		مجموع المربعات	درجات الحرية	F	Sig
حجم المستشفى	بين المجموعات	4.787	2	6.371	0.005
	ضمن المجموعات	12.020	32		
	المجموع	16.807	34		
نوع الخدمة	بين المجموعات	.166	1	0.329	0.570
	ضمن المجموعات	16.641	33		
	المجموع	16.807	34		
الاعتمادية الدولية	بين المجموعات	4.306	1	11.367	0.002
	ضمن المجموعات	12.501	33		
	المجموع	16.807	34		

١٠. تشير نتائج التحليل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (إدارة العمليات) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (نوع الخدمة) عند مستوى دلالة (α ≥ **0.05**)، حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (٤,١١١) وقيمة (**Sig**) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٠٢٦)، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية الأساس (**H1**10) التي تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (إدارة العمليات) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (نوع الخدمة)، وباستخدام اختبار شافييه تبين أن هناك فروق بالنسبة لحجم المستشفى لصالح المستشفيات الكبيرة.

١١. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (إدارة العمليات) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (حجم المستشفى) عند مستوى دلالة (α ≥ **0.05**)، حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (٠,٠١٢) وقيمة (**Sig**) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٩١٤)، وبالتالي نقبل فرضية العدم التي تشير عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (إدارة العمليات) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (حجم المستشفى).

١٢. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (إدارة العمليات) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (الاعتمادية الدولّية) عند مستوى دلالة (α ≥ **0.05**)، حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (١٣,١٢٠) وقيمة (**Sig**) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٠٠١)، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية الأساس (**H1**12) التي تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (إدارة العمليات) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (الاعتمادية الدولّية).

والجدول رقم (٥٠) يبين نتائج اختبار التباين بين المتغيرات المستقلة(الحجم، نوع الخدمة، الاعتمادية الدولية) والمتغير التابع (إدارة العمليات)

الجدول ٥٠. نتائج تحليل التباين بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع (إدارة العمليات).

المتغير		مجموع المربعات	درجات الحرية	F	Sig
حجم المستشفى	بين المجموعات	4.176	2	4.111	0.026
	ضمن المجموعات	16.251	32		
	المجموع	20.427	34		
نوع الخدمة	بين المجموعات	.007	1	0.012	0.914
	ضمن المجموعات	20.420	33		
	المجموع	20.427	34		
الاعتمادية الدولية	بين المجموعات	5.811	1	13.120	0.001
	ضمن المجموعات	14.616	33		
	المجموع	20.427	34		

١٣. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (النتائج) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (حجم المستشفى) عند مستوى دلالة (α **0.05** ≥)، حيث بلغت قيمة **(F)** المحسوبة (٧,٨١٢) وقيمة **(Sig)** التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٠٠٢)، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل فرضية الأساس (**H1**13)التي تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (النتائج) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (حجم المستشفى) وباستخدام اختبار شافيه تبين أن هناك فروق بالنسبة لحجم المستشفى لصالح المستشفيات الكبيرة.

١٤. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (النتائج) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (نوع الخدمة) عند مستوى دلالة (α **0.05**≥)، حيث بلغت قيمة **(F)** المحسوبة (٠,٠٣٦) وقيمة **(Sig)** التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٨٥١)، وبالتالي نقبل فرضية العدم **(H05)** التي تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (النتائج) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (نوع الخدمة).

١٥. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (النتائج) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (الاعتمادية الدوليّة) عند مستوى دلالة (α 0.05≥)، حيث بلغت قيمة **(F)** المحسوبة (١٣,٧٤٧) وقيمة **(Sig)** التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٠٠١)، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل فرضية الأساس التي تشير إلى

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (النتائج) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (الاعتمادية الدوليّة).

والجدول رقم (٥١) يبين نتائج اختبار التباين بين المتغيرات المستقلة(الحجم، نوع الخدمة، الاعتمادية الدولية) والمتغير التابع (النتائج)

الجدول٥١. نتائج تحليل التبيان بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع (النتائج).

المتغير		مجموع المربعات	درجات الحرية	F	Sig
حجم المستشفى	بين المجموعات	4.623	2	7.812	0.002
	ضمن المجموعات	9.469	32		
	المجموع	14.092	34		
نوع الخدمة	بين المجموعات	.015	1	0.036	0.851
	ضمن المجموعات	14.077	33		
	المجموع	14.092	34		
الاعتمادية الدولية	بين المجموعات	4.144	1	13.747	0.001
	ضمن المجموعات	9.948	33		
	المجموع	14.092	34		

الفصل السادس

نتائج إجابات متلقي الخدمة والجهات الراعية

يتناول هذا الفصل نتائج إجابات متلقي الخدمة عن مجموعة من أسئلة الدراسة والمتعلقة بأسباب اختيار الأردن لتلقي الخدمات وتقييمهم للخدمات العلاجية واختبار الفرضيات الخاصة بتلك المحاور، وكذلك سيتم تناول نتائج إجابات الجهات والهيئات الراعية عن العوامل المؤثرة في الميزة التنافسية وتقييمهم لدور القطاع العام والخاص في تطوير وتنشيط السياحة العلاجية.

٦-١ العوامل المؤثرة في اختيار الأردن لتلقي الخدمات العلاجية (الطبية)

للإجابة على التساؤل الثاني من أسئلة الدراسة والمتعلق بالعوامل المؤثرة في اختيار الأردن لتلقي الخدمات العلاجية (الطبية)، تم توجيه الاستبانة الخاصة بمتلقي الخدمة الطبية الذي احتوى أحد أجزائها على مجموعة من العوامل المؤثرة في سبب اختيار الأردن لتلقي الخدمات العلاجية في الأردن.

وأظهرت نتائج الدراسة أن العامل المتعلق بكفاءة الأطباء الأردنيين، حصل على أعلى متوسط حسابي وكأهم عامل من عوامل سبب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية، ثم تلاه في المرتبة الثانية عامل الاستقرار السياسي والوضع الأمني، ثم جاءت السمعة الحسنة للخدمات الطبية في الأردن في المرتبة الثالثة، تلاه من حيث الأهمية العامل المتعلق بطبيعة العادات والتقاليد واللغة، والعوامل الأربعة السابقة جميعها حصلت على متوسطات حسابية أعلى من (٤,٢) وهو ما يشير إحصائياً على أن هذه العوامل حصلت على درجة (الموافقة بشدة) من قبل متلقي الخدمة كأسباب لاختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية.

وجاء العامل المناخي بالمرتبة الخامسة، تلاه الموقع الجغرافي للأردن وحصلت هذه العوامل على متوسطات مرتفعة، وربما يعزى ذلك إلى طبيعة متلقي الخدمة، فهم في الغالبية العظمى من الأشقاء العرب وبالتالي يشكل لهم المناخ والموقع الجغرافي القريب نسبياً عامل جذب مهم، لمعظم الدول المصدرة للسياحة الطبية، والأمر ينطبق بطبيعة الحال على العامل المتعلق بطبيعة العادات والتقاليد واللغة. فهي نقاط جذب مكملة ومساندة إلى جانب التميز بالجانب الطبي.

ونلاحظ من الجدول رقم (٤٠) إلى أن المتوسطات الحسابية لإجابات عينة الدراسة المتعلقة بسبب اختيارهم للأردن للحصول على الخدمات العلاجية تراوحت بين (٢,٧ - ٤,٨٨)، وجميع هذه المتوسطات أعلى من قيمة المتوسط الافتراضي (٣) باستثناء الفقرة الثالثة المتعلقة بأسعار وتكاليف الحياة (٢,٧) التي يقل متوسطها الحسابي عن المتوسط الافتراضي (٣). وربما يشكل هذا العامل واحد من أبرز نقاط الضعف للسياحة في الأردن بشكل عام وللسياحة الطبية بشكل خاص.

وفيما يلي جدولٌ يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات عينة الدراسة على سبب اختيار الأردن، لتلقي الخدمات العلاجية مرتبة تنازلياً ويبين درجة الموافقة.

الجدول ٥٢. نتائج إجابات متلقي الخدمة العلاجية عن سبب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية.

سبب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
١	الكفاءة العالية للأطباء الأردنيين	٤,٨٨	٠,٣٣٢	موافق جداً
٢	الاستقرار السياسي والوضع الأمني	٤,٦٦	٠,٤٧٥	
٣	السمعة الحسنة للخدمات الطبية في الأردن	٤,٤	٠,٥٧٦	
٤	طبيعة العادات والتقاليد واللغة	٤,٣٤	٠,٥٨٧	
٥	ملاءمة المناخ	٤,٠٤	٠,٧٧٢	موافق
٦	الموقع الجغرافي للأردن	٤,٠٤	٠,٧٧٨	
٧	وجود خدمات وتسهيلات متنوعة	٤,٠٣	٠,٨٧١	
٨	الأسعار وتكاليف الحياة	٢,٧	١,٣٠٧	غير موافق
٩	المتوسط الكلي	٤,١٤	٠,٥٢٩	موافق

المصدر: الباحث، المسح الميداني

٦-٢ تقييم متلقي الخدمة لمستوى الخدمات العلاجية (الطبية) في الأردن

للإجابة على السؤال الثالث من أسئلة الدراسة، والمتعلق بتقييم متلقي الخدمة لمستوى الخدمات العلاجية (الطبية) في الأردن، تم توجيه التساؤل لأفراد العينة من متلقي الخدمة العلاجية الطبية، وتم طرح السؤال من خلال سبعة عبارات فرعية تناولت كفاءة الكادر الطبي والكادر التمريضي والخدمات الإدارية، كما تطرقت إلى أسعار الرعاية الصحية ودقة المواعيد وتوفير المعلومات لمتلقي الخدمة والرعاية النفسية للمريض.

وأظهرت نتائج الدراسة أن المتوسطات الحسابية لإجابات عينة الدراسة، المتعلقة بتقييمهم للخدمات العلاجية التي حصلوا عليها، تراوحت بين (٢,٧٣ - ٤,٩٤)، وجميع هذه المتوسطات أعلى من قيمة المتوسط الافتراضي (٣) باستثناء الفقرة المتعلقة بأسعار الرعاية الصحية فقد حصلت على متوسط بلغ (٢,٧٣) وهو يقل عن المتوسط الافتراضي (٣).

وأظهرت نتائج الدراسة إلى أن الفقرة المتعلقة بكفاءة الكادر الطبي احتلت المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (٤,٩٤) وبانحراف معياري (٠,٢٦٧)، وتجدر الإشارة إلى أن ارتفاع المتوسط الحسابي بهذا الشكل يشير إلى إجماع شبه كلي من متلقي الخدمة عن درجة رضا عالية جداً عن كفاءة الكادر الطبي، تلاها كفاءة الكادر التمريضي بمتوسط حسابي (٤,٧١) وبانحراف معياري (٠,٥١٧).

وجاءت الفقرة المتعلقة بتوفير المعلومات الضرورية للمريض في المرتبة الثالثة، تلاها تقديم الرعاية النفسية للمريض، ثم دقة المواعيد وسرعة الإجراءات، في حين جاءت الفقرة المتعلقة بكفاءة الخدمات الإدارية في المرتبة قبل الأخيرة وبمتوسط حسابي مقداره (٣,٨٧) وبانحراف معياري (٠,٧٣٤) وجميع العبارات الستة الماضية حصلت على متوسطات حسابية مرتفعة تشير إلى درجة الموافقة مما يعني بشكل عام وجود رضا من قبل متلقي الخدمة عن مستوى الخدمات المقدمة.

وجاءت العبارة المتعلقة بأسعار الرعاية الصحية في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي مقداره (٢,٧٣) وبانحراف معياري (١,٣٤) وهي العبارة الوحيدة التي قل فيها المتوسط الحسابي عن المتوسط الافتراضي، وتشير إلى درجة رضا متوسطة، ويتبين من خلال ارتفاع قيمة الانحراف المعياري إلى وجود تباين كبير بين متلقي الخدمة ودرجة رضاهم عن الأسعار.

وأظهرت نتائج الدراسة أن المتوسط الكلي لتقييم مستوى الخدمات العلاجية بلغ (٤,٠٧) وبانحراف معياري مقداره (٠,٥٦٩) مما يدل على وجود رضا بشكل عام عن مستوى الخدمات العلاجية التي حصل عليها أفراد العينة.

وفيما يلي جدول يوضح إجابات عينة الدراسة، وتقييمهم لمستوى الخدمات العلاجية التي حصلوا عليها حسب الأهمية ودرجة الرضا.

الجدول ٥٣. نتائج إجابات تقييم متلقي الخدمة العلاجية لمستوى الخدمات العلاجية.

تقييم متلقي الخدمة لمستوى الخدمات العلاجية		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الرضا
١	كفاءة الكادر الطبي	٤,٩٤	٠,٢٦٧	درجة رضا عالية جداً
٢	كفاءة الكادر التمريضي	٤,٧١	٠,٥١٧	
٣	توفير المعلومات الضرورية للمريض	٤,١٤	٠,٦٨	درجة رضا عالية
٤	تقديم الرعاية النفسية للمريض	٤,١٢	٠,٧٧٤	
٥	دقة المواعيد وسرعة الإجراءات	٤,٠١	٠,٧٧٦	
٦	كفاءة الخدمات الإدارية	٣,٨٧	٠,٧٣٤	
٧	أسعار الرعاية الصحية	٢,٧٣	١,٣٤١	درجة رضا متوسطة
المتوسط الكلي		٤,٠٧	٠,٥٦٩	درجة رضا عالية

المصدر: الباحث، المسح الميداني

٦-٣ سبب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية (الاستشفائية).

للإجابة على السؤال الرابع من أسئلة الدراسة، عن العوامل المؤثرة في سبب اختيار الأردن لتلقي الخدمات العلاجية (الاستشفائية)، تم توجيه جزءاً من الاستبانة، للأشخاص الذين كان السبب الرئيس للزيارة هو الحصول على الخدمات العلاجية،في مواقع العلاج الطبيعي وكانت نسبة هذه الفئة (٣٧,٧%) من مجمل أفراد العينة.

وأظهرت نتائج الدراسة أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد العينة، عن السؤال الذي وجه لهم عن سبب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية، تراوحت بين (٣,٦٢- ٤,٥)، حيث جاءت الخصائص الطبيعية للمواقع العلاجية الاستشفائية في الأردن في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي وصل إلى(٤,٥١) وبانحراف معياري (٠,٧٤٧)، فيما حصل عامل الاستقرار السياسي والوضع الأمني على المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (٤,٤٥) وبانحراف معياري بلغ (٠,٥٧٧) كأحد أهم عوامل الجذب، أما في المرتبة الثالثة فجاء العامل الطبيعي المتعلق بالمناخ بمتوسط حسابي (٤,٢٣) وانحراف معياري (٠,٥٨١) .

وهذه العوامل الثلاثة بشكل عام حصلت على متوسطات حسابية أعلى من المتوسط العام والذي بلغ مقداره (٤,٠٠) وجميعها جاءت في الفئة العليا لدرجات المقياس الخماسي والتي يعبر عنها (بموافق جداً) والتي يقابلها إحصائيا الفئة (٤,٢١-٥,٠٠).

ثم جاءت العوامل المتعلقة بأسعار الخدمات العلاجية وبنوعية الخدمات العلاجية في المرتبة الرابعة والخامسة على التوالي، وعلى الرغم من أهمية نوعية الخدمات المقدمة في جذب الزائر، إلا أنها جاءت في المرتبة الخامسة، ويفسرها الباحث بسبب التباين الكبير والواضح في نوعية الخدمات العلاجية المقدمة بسبب الاختلاف في طبيعة وحجم الاستثمار في المواقع الطبيعية.ويلاحظ من الجدول ارتفاع قيمة الانحراف المعياري لمجموعة من العوامل وربما يعزى ذلك إلى التباين في مستوى الاستثمارات السياحية في مواقع العلاج الطبيعي، ثم جاءت العوامل المتعلقة بالموقع الجغرافي، والأسعار وتكاليف الحياة ثم في المرتبة الأخيرة، وجود الخدمات والتسهيلات المتنوعة، والجدول رقم (٥٤) يبين الإجابات التفصيلية لمتلقي الخدمة (السياحة الاستشفائية) وسبب اختيارهم للأردن للحصول على الخدمات العلاجية.

الجدول ٥٤. نتائج إجابات متلقي الخدمة وسبب اختيارهم للأردن للحصول على الخدمات العلاجية.

الرقم	السبب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	ملائمة المناخ	٤,٢٣	٠,٥٨١
٢	أسعار الخدمات العلاجية	٣,٩٨	٠,٦٩٩
٣	الخصائص الطبيعية للمواقع العلاجية	٤,٥١	٠,٧٤٧
٤	سهولة التواصل والثقافة المحلية	٣,٧٣	٠,٧١٧
٥	الأسعار وتكاليف الحياة المناسبة	٣,٦٥	٠,٩٢٦
٦	الموقع الجغرافي للأردن	٣,٩٢	٠,٨٣٦
٧	الاستقرار السياسي والوضع الأمني	٤,٤٥	٠,٥٧٧
٨	نوعية الخدمات العلاجية	٣,٩٦	٠,٥٥٨
٩	وجود خدمات وتسهيلات متنوعة	٣,٦٢	١,٠٣١
١٠	المتوسط العام	٤,٠٠	٠,٤٦١

المصدر: الباحث، المسح الميداني

٦-٤ درجة رضا متلقي الخدمة في المواقع الاستشفائية

للتعرف على مدى درجة الرضا لمتلقي الخدمة في المواقع الاستشفائية، تم طرح ثلاثة تساؤلات مباشرة لجميع أفراد العينة واشتملت على درجة رضا الزوار عن جمالية الموقع الذي قاموا بزيارته، وعن مستوى الخدمات المقدمة في الموقع، وعن أسعار الخدمات المقدمة، وتراوحت إجابات الزوار بين درجة (٥) على المقياس والتي تعني راضٍ جدا وبين درجة (١) والتي تعني غير راض نهائياً، أما الإجابات التفصيلية فكانت على النحو الآتي:

٦-٤-١ جمالية الموقع

بلغ المتوسط الحسابي لمجمل إجابات الزوار (٣,٥٥) والانحراف المعياري (٠,٧١٦)، وهو ما يدل على درجة رضا بشكل عام، وأظهرت نتائج الدراسة أن (٤,٣%) من أفراد العينة أبدوا درجة رضا عالية جداً، في حين أن (٥٥,٨%) كانوا راضيين عن جمالية الموقع الذي قاموا بزيارته، بالمقابل أبدى (٧,٢%) من أفراد العينة عدم رضاهم عن تلك المواقع، وأختار (٣٢,٦%) موقفاً محايداً، والجدول رقم (٥٥) يبين الإجابات التفصيلية لمتلقي الخدمة.

الجدول ٥٥. درجة رضا عينة الدراسة (السياحة الاستشفائية) عن جمالية الموقع.

الرقم	جمالية الموقع	التكرار	النسبة المئوية
١	غير راضٍ نهائياً	١	%٠,٧
٢	غير راضٍ	٩	%٦,٥
٣	محايد	٤٥	%٣٢,٦
٤	راضٍ	٧٧	%٥٥,٨
٥	راضٍ جدا	٦	%٤,٣
	المجموع	١٣٨	%١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

٦-٤-٢ الخدمات المقدمة

بلغ المتوسط الحسابي لمجمل إجابات الزوار عن درجة الرضا عن مستوى الخدمات التي تلقوها في الموقع الذي قاموا بزيارته (٣,٣٨) والانحراف المعياري (٠,٧٤٧)، وهو ما يشير إلى درجة رضا متوسطة بشكل عام، وأظهرت النتائج أن (٤٦,٤%) من أفراد العينة أبدوا درجة رضا عن مستوى الخدمات المقدمة في مواقع السياحة الاستشفائية، في حين عبر(١٠,٨%) عن عدم رضاهم عن مستوى الخدمات المقدمة، في حين كان هناك (٤٢,٨%) من أفراد العينة أبدوا موقفاً محايداً اتجاه مستوى الخدمات المقدمة، والجدول (٥٦) يبين إجابات أفراد العينة.

الجدول ٥٦. درجة رضا عينة الدراسة (السياحة الاستشفائية) عن مستوى الخدمات المقدمة.

الرقم	مستوى الخدمات المقدمة	التكرار	النسبة
١	غير راضٍ نهائياً	١	%٠,٧
٢	غير راضٍ	١٤	%١٠,١
٣	محايد	٥٩	%٤٢,٨
٤	راضٍ	٥٩	%٤٢,٨
٥	راضٍ جدا	٥	%٣,٦
	المجموع	١٣٨	%١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

٦-٤-٣ أسعار الخدمات المقدمة

بلغ المتوسط الحسابي لمجمل إجابات الزوار عن درجة الرضا عن أسعار الخدمات التي تلقوها في الموقع الذي قاموا بزيارته (٣,٤٠٥) والانحراف المعياري (٠,٧٦)، وهو ما يشير إلى الحدود الدنيا من مستوى درجة الرضا، وأظهرت النتائج أن (٥٠,٧%) من أفراد العينة كان لديهم درجة رضا عن أسعار الخدمات التي تلقوها، في حين أن (١٢,٣%) من أفراد العينة أبدوا عدم رضاهم عن أسعار الخدمات المقدمة، واتخذ (٣٧%) من أفراد العينة موقفاً محايداً تجاه أسعار الخدمات المقدمة، والجدول رقم (٥٧) يبين الإجابات التفصيلية لأفراد العينة.

الجدول ٥٧. درجة رضا عينة الدراسة (السياحة الاستشفائية) عن أسعار الخدمات المقدمة.

الرقم	أسعار الخدمات المقدمة	التكرار	النسبة
١	غير راضٍ نهائياً	١	%٠,٧
٢	غير راضٍ	١٦	%١١,٦
٣	محايد	٥١	%٣٧
٤	راضٍ	٦٦	%٤٧,٨
٥	راضٍ جدا	٤	%٢,٩
	المجموع	١٣٨	%١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

وبمقارنة النتائج للمفردات الثلاثة لدرجة الرضا نجد أن درجة رضا الزوار عن جمالية الموقع احتلت المرتبة الأولى في حين جاءت درجة الرضا عن أسعار الخدمات التي حصلوا عليها في المرتبة الثانية وجاءت درجة الرضا عن مستوى الخدمات التي تلقوها في المرتبة الثالثة.

٦-٤-٤ اتجاهات متلقي الخدمة نحو تكرار الزيارة والتوصية بالزيارة

للتعرف على آراء العينة حول اتجاهاتهم نحو تكرار الزيارة للموقع،أو توصية لأصدقائهم وأقاربهم لزيارة الموقع تم طرح التساؤلين الآتيين بشكل مباشر:

- هل ستقوم بتكرار الزيارة مستقبلاً؟
- هل ستوصي بزيارة الموقع؟

وكانت خيارات الإجابة ضمن مقياس خماسي تراوح درجاته بين (٥) لموافق جداً و(١) لغير موافق نهائياً وكانت الإجابات التفصيلية كما يأتي:

٦-٤-٤-١ تكرار الزيارة:

بلغ المتوسط الحسابي لإجابات عينة الدراسة (٣,٤٣)، والانحراف المعياري (٠,٩٤)، وأظهرت نتائج الدراسة أن (٤٧,٨%) من أفراد العينة كانت لهم اتجاهات إيجابية نحو تكرار الزيارة، في حين أن (١٣,٨%) من أفراد العينة كانت لديهم اتجاهات سلبية حول تكرار الزيارة، فيما كان (٣٨,٤%) من أفراد العينة برأي محايد ولم يحددوا اتجاهاتهم بعد، والجدول رقم (٥٨) يبين الإجابات التفصيلية لأفراد العينة:

الجدول ٥٨. اتجاهات متلقي الخدمة (للسياحة الاستشفائية) حول تكرار الزيارة.

الرقم	تكرار الزيارة	التكرار	النسبة
١	غير موافق نهائياً	٤	%٢,٩
٢	غير موافق	١٥	%١٠,٩
٣	محايد	٥٣	%٣٨,٤
٤	موافق	٤٩	%٣٥,٥
٥	موافق بشدة	١٧	%١٢,٣
	المجموع	١٣٨	%١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

٦-٤-٤-٢ التوصية بزيارة الموقع :

بلغ المتوسط الحسابي لأفراد العينة (٣,٦٢) والانحراف المعياري(٠,٩٥)، وأظهرت نتائج الدراسة أن (٥٦,٥%) من أفراد العينة لديهم اتجاهات ايجابية حول التوصية للأصدقاء بزيارة الموقع، في حين أن (١٣%) كانت اتجاهاتهم سلبية حول التوصية، فيما لم يحدد (٣٠,٤%) من أفراد العينة اتجاه معيناً نحو التوصية بالزيارة، والجدول رقم (٥٩) يبين الإجابات التفصيلية لأفراد العينة.

الجدول ٥٩. اتجاهات متلقي الخدمة (للسياحة الاستشفائية) حول التوصية بالزيارة.

الرقم	توصية بالزيارة	التكرار	النسبة
١	غير موافق نهائياً	٤	%٢,٩
٢	غير موافق	١٤	%١٠,١
٣	محايد	٤٢	%٣٠,٤
٤	موافق	٥٤	%٣٩,١
٥	موافق بشدة	٢٤	%١٧,٤
	المجموع	١٣٨	%١٠٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

٦-٥ اختبار الفرضيات

٦-٥-١الفرضية الرئيسة الثانية :

H2: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لإجابات متلقي الخدمة عن أسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى لخصائص متلقي الخدمة عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$).

وتنبثق من هذه الفرضية الرئيسة مجموعة من الفرضيات الفرعية:

٦-٥-١-١الفرضية الفرعية الأولى:

$H2_1$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لإجابات متلقي الخدمة عن أسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى لمتغير (الجنس) عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$).

٦-٥-١-٢ الفرضية الفرعية الثانية:

$H2_2$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لإجابات متلقي الخدمة عن أسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى لمتغير (الجنسية) عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$).

٦-٥-١-٣ الفرضية الفرعية الثالثة:

$H2_3$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لإجابات متلقي الخدمة عن أسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى لمتغير (العمر) عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$).

٦-٥-١-٤الفرضية الفرعية الرابعة:

$H2_4$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لإجابات متلقي الخدمة عن أسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى لمتغير (المستوى التعليمي) عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$).

٦-٥-١-٥ الفرضية الفرعية الخامسة:

$H2_5$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لإجابات متلقي الخدمة عن أسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى لمتغير لمتلقي الخدمة (الدخل) عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$).

٦-٥-١-٦ الفرضية الفرعية السادسة:

$H2_6$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى لطريقة اختيار المستشفى عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٦-٥-١-٧ الفرضية الفرعية السابعة:

$H2_7$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى لجهة الإنفاق عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٦-٥-١-٨ نتائج اختبار تحليل التباين

أظهرت نتائج الدراسة من خلال إجراء اختبار تحليل التباين النتائج الآتية:

١. تشير نتائج التحليل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى للخصائص الديموغرافية لمتلقي الخدمة (متغير الجنس) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$)، حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (**4.876**) وقيمة (**Sig**) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٠٢٨)، وبالتالي نقبل فرضية الأساس (**$H2_1$**) ونرفض فرضية العدم التي تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى لمتغير الجنس.

٢. تشير نتائج التحليل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى للخصائص الديمغرافية لمتلقي الخدمة (متغير الجنسية) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$)، حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (**23.233**) وقيمة (**Sig**) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٠٠٠)، وبالتالي نقبل فرضية الأساس (**$H2_2$**) ونرفض فرضية العدم التي تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى لمتغير الجنسية، وباستخدام نتائج اختبار شافييه تبين وجود فروق لصالح الجنسية الفلسطينية على حساب بقية الجنسيات، في حين جاءت الفئة التي تحمل أسم (أخرى) في المرتبة الثانية تلتها الجنسية السعودية، فيما جاءت الجنسية السودانية بأقل متوسط حسابي.

٣. تشير نتائج التحليل إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى لمتغير (العمر) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$)، حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (٠,٨٧١) وقيمة (**Sig**) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٤٥٧)، وهو أكبر من مستوى الدلالة المعتمد للدراسة، وبالتالي

نرفض فرضية الأساس ونقبل فرضية العدم التي تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى لمتغير العمر.

٤. تشير نتائج التحليل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى للخصائص الديمغرافية لمتلقي الخدمة (متغير المستوى التعليمي) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$)، حيث بلغت قيمة **(F)** المحسوبة **(3.312)** وقيمة **(Sig)** التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٠١٢)، وبالتالي نقبل فرضية الأساس ونرفض فرضية العدم التي تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى لمتغير المستوى التعليمي، وباستخدام نتائج اختبار شافييه تبين أن الفروق جاءت لصالح الحاصلين على درجة البكالوريوس، فيما جاءت أقل متوسطات لفئة الحاصلين على الدراسات العليا.

٥. تشير نتائج التحليل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى لمتغير(الدخل) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$)، حيث بلغت قيمة **(F)** المحسوبة **(26.982)** وقيمة **(Sig)** التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٠٠٠)، وبالتالي نقبل فرضية الأساس ونرفض فرضية العدم التي تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى لمتغير متوسط الدخل، وجاءت النتائج لصالح الفئة التي تتقاضى أكثر من (٣٠٠٠) دولار شهرياً.

٦. تشير نتائج التحليل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى لطريقة اختيار المستشفى عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$)، حيث بلغت قيمة **(F)** المحسوبة **(5.643)** وقيمة **(Sig)** التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٠٠٠)، وبالتالي نقبل فرضية الأساس ونرفض فرضية العدم التي تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى لطريقة اختيار المستشفى، لصالح الأفراد الذين تمت عملية الاختيار عن طريق المواقع الإلكترونية، تلتها فئة المبعوثين عن طريق الجهات الحكومية فيما جاءت أقل متوسطات حسابية لفئة الأشخاص الذين اختاروا المستشفى عن طريق المكاتب الطبية في بلدانهم.

٧. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى لمتغير جهة الإنفاق عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$). حيث بلغت قيمة **(F)** المحسوبة **(10.177)** وقيمة **(Sig)** التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٠٠٢)، وبالتالي نقبل فرضية الأساس ونرفض فرضية العدم التي تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى لمتغير جهة الإنفاق.

والجدول رقم (٦٠) يبين نتائج اختبار تحليل التباين للمتغيرات المستقلة لمتلقي الخدمة (الجنس، الجنسية، العمر، المستوى التعليمي، الدخل، طريقة الاختيار، جهة الإنفاق) وسبب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية.

الجدول ٦٠. نتائج تحليل التباين للمتغيرات المستقلة لمتلقي الخدمة واختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية

المتغير		مجموع المربعات	درجات الحرية	F	Sig	القرار الإحصائي
الجنس	بين المجموعات	1.342	1	4.876	0.028	قبول فرضية الأساس
	ضمن المجموعات	54.495	198			
	المجموع	55.837	199			
الجنسية	بين المجموعات	25.606	7	23.233	0.000	قبول فرضية الأساس
	ضمن المجموعات	30.231	192			
	المجموع	55.837	199			
العمر	بين المجموعات	0.735	3	0.871	0.457	رفض فرضية الأساس
	ضمن المجموعات	55.102	196			
	المجموع	55.837	199			
المستوى التعليمي	بين المجموعات	3.552	4	3.312	0.012	قبول فرضية الأساس
	ضمن المجموعات	52.285	195			
	المجموع	55.837	199			
متوسط الدخل	بين المجموعات	16.320	3	26.982	0.000	قبول فرضية الأساس
	ضمن المجموعات	39.517	196			
	المجموع	55.837	199			
طريقة الاختيار	بين المجموعات	8.371	6	5.643	0.000	قبول فرضية الأساس
	ضمن المجموعات	47.466	192			
	المجموع	55.837	198			
جهة الإنفاق	بين المجموعات	2.730	1	10.177	0.002	قبول فرضية الأساس
	ضمن المجموعات	53.107	198			
	المجموع	55.837	199			

٦-٥-١-٩ نتائج اختبار شافييه

تبين الجداول (٦١، ٦٢، ٦٣، ٦٤) نتائج اختبار شافييه لكل من الجنسية والمستوى التعليمي ومتوسط الدخل وطريقة الاختيار

الجدول ٦١. نتائج اختبار شافييه لمتغير الجنسية

	الجنسية	N	Subset for alpha = .05			
		1	2	3	4	1
Scheffe(a,b)	سودانية	55	3.6455			
	يمنية	20	3.9500	3.9500		
	عراقية	35	4.1500	4.1500	4.1500	
	ليبية	12		4.3229	4.3229	4.3229
	سورية	7		4.3393	4.3393	4.3393
	سعودية	47		4.4309	4.4309	4.4309
	أخرى	13			4.5673	4.5673
	فلسطينية	11				4.7727
	Sig.		0.088	0.127	0.286	0.194

المصدر :الباحث

الجدول ٦٢. نتائج اختبار شافييه لمتغير المؤهل العلمي

	المؤهل العلمي	N	Subset for alpha = .05
		1	1
Scheffe(a,b)	دراسات عليا	2	3.6250
	دبلوم	22	3.8466
	أقل من الثانوية	91	4.1250
	ثانوية عامة	45	4.1722
	بكالوريوس	40	4.3031
	Sig.		0.135

المصدر: الباحث

الجدول رقم ٦٣. نتائج اختبار شافييه لمتغير الدخل

	الدخل بالدولار	N	Subset for alpha =0.05		
		1	2	3	1
Scheffe(a,b)	أقل من ١٠٠٠	99	3.8788		
	١٠٠٠-٢٠٠٠	55		4.2432	
	٢٠٠١-٣٠٠٠	31		4.4637	4.4637
	أكثر من ٣٠٠٠	15			4.7583
	Sig.		1.000	0.288	0.083

المصدر: الباحث

الجدول ٦٤. نتائج اختبار شافييه لمتغير طريقة الاختيار

	كيف تم اختيار هذا المستشفى	N	Subset for alpha =0.05
		1	1
Scheffe(a,b)	المكاتب	19	3.5724
	إعلانات ووسائل الإعلام	5	4.0500
	أصدقاء	60	4.1000
	الوسطاء	4	4.1563
	توصية الطبيب	56	4.1786
	جهات حكومية	51	4.3284
	مواقع الكترونية	4	4.3750
	Sig.		0.085

٦-٥-٢ الفرضية الرئيسة الثالثة

H3: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية عن تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لخصائص متلقي الخدمة عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

وتنبثق من هذه الفرضية الرئيسة مجموعة من الفرضيات الفرعية

٦-٥-٢-١ الفرضية الفرعية الأولى

$H3_1$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية عن تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لمتغير (الجنس) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٦-٥-٢-٢ الفرضية الفرعية الثانية

$H3_2$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية عن تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لمتغير (الجنسية) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٦-٥-٢-٣ الفرضية الفرعية الثالثة

$H3_3$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية عن تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لمتغير (العمر) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٦-٥-٣-٤ الفرضية الفرعية الرابعة

$H3_4$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية عن تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لمتغير (المستوى التعليمي) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٦-٥-٣-٥ الفرضية الفرعية الخامسة

$H3_5$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية عن تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لمتغير (الدخل) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٦-٥-٣-٦ الفرضية الفرعية السادسة

$H3_6$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية عن تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لمتغير (طريقة الاختيار) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٦-٥-٣-٧ الفرضية الفرعية السابعة

$H3_7$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية عن تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لمتغير (طريقة الأنفاق) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٦-٥-٣-٨ نتائج اختبار تحليل التباين

أظهرت نتائج الدراسة بعد إجراء اختبار تحليل التباين للخصائص متلقي الخدمة (الجنس، الجنسية، العمر، المستوى التعليمي، الدخل، طريقة الاختيار، طريقة الإنفاق) وتقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن النتائج الآتية:

١. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية عن تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لمتغير(الجنس) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$)، حيث بلغت قيمة (F) المحسوبة (4.207) وقيمة (Sig) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٠٤٢)، وبالتالي نقبل فرضية الأساس ونرفض الفرضية البديلة التي تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية عن تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لمتغير (الجنس).

٢. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية عن تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لمتغير(الجنسية) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$)، حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (١٢,١٠٩) وقيمة (Sig) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٠٠٠)، وبالتالي نقبل فرضية الأساس ونرفض الفرضية البديلة التي تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية عن تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لمتغير (الجنسية)، وباستخدام اختبار شافييه تبين وجود الفروق لصالح الجنسية الفلسطينية، فيما جاءت أقل المتوسطات الحسابية للجنسية السودانية.

٣. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لتقييم مستوى الخدمات الطبية في الأردن تعزى لمتغير(العمر) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$)، حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (١,٣٦١) وقيمة (Sig) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٢٥٦)، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد للدراسة، وبالتالي نقبل فرضية العدم التي تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية عن تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لمتغير (العمر).

٤. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية عن تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لمتغير(المستوى التعليمي) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$)، حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (٢,٦٠٦) وقيمة (**Sig**) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٠٣٧)، وبالتالي نقبل الفرضية الأساس ونرفض فرضية العدم التي تشير إلى

العلاجية الطبية في الأردن تعزى لمتغير (المستوى التعليمي) وكانت الفروق لصالح حملة درجة البكالوريوس حسب نتائج اختبار شافييه.

٥. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية عن تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لمتغير(مستوى الدخل) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$)، حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (١٩,٨٤) وقيمة (**Sig**) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٠٠٠)، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية الأساس التي تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية عن تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لمتغير (مستوى الدخل) لصالح الأفراد النين يتقاضون أكثر من (٣٠٠٠) دولار حسب نتائج اختبار شافييه.

٦. تشير النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية في تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لطريقة اختيار متلقي الخدمة للمستشفى عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$). حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (٤,٠٧٣) وقيمة (**Sig**) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٠٠١)، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية الأساس التي تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية عن تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لطريقة اختيار المستشفى، لصالح الفئة التي اختارت المستشفى عن طرق الجهات الحكومية حسب نتائج اختبار شافييه.

٧. تشير النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية عن تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لمتغير طريقة الإنفاق عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$). حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (٢٠,٠٢٧) وقيمة (**Sig**) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٠٠٠)، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل فرضية الأساس التي تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية عن تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لطريقة الإنفاق.

والجدول رقم (٦٥) يبين نتائج اختبار التباين بين المتغيرات المستقلة (الجنس، الجنسية، العمر، المستوى التعليمي، الدخل، طريقة الاختيار، طريقة الإنفاق) وتقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن.

الجدول ٦٥. نتائج تحليل التباين لخصائص متلقي الخدمة وتقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية .

المتغير		مجموع المربعات	درجات الحرية	F	Sig
الجنس	بين المجموعات	1.339	1	4.207	0.042
	ضمن المجموعات	63.028	198		
	المجموع	64.367	199		
الجنسية	بين المجموعات	19.713	7	12.109	0.000
	ضمن المجموعات	44.654	192		
	المجموع	64.367	199		
العمر	بين المجموعات	1.314	3	1.361	0.256
	ضمن المجموعات	63.054	196		
	المجموع	64.367	199		
المستوى التعليمي	بين المجموعات	3.266	4	2.606	0.037
	ضمن المجموعات	61.101	195		
	المجموع	64.367	199		
الدخل	بين المجموعات	14.994	3	19.840	0.000
	ضمن المجموعات	49.374	196		
	المجموع	64.367	199		
طريقة الاختيار	بين المجموعات	7.263	6	4.073	0.001
	ضمن المجموعات	57.058	192		
	المجموع	64.321	198		
طريقة الإنفاق	بين المجموعات	5.913	1	20.027	0.000
	ضمن المجموعات	58.455	198		
	المجموع	64.367	199		

٦-٥-٣-٩: نتائج اختبار شافييه

تبين الجداول (٦٦، ٦٧ ، ٦٨ ، ٦٩) نتائج اختبار شافييه لكل من الجنسية والمستوى التعليمي ومتوسط الدخل وطريقة الاختيار .

الجدول ٦٦. نتائج اختبار شافييه لمتغير الجنسية

	الجنسية	N	Subset for alpha = .05	
		1	2	1
Scheffe(a,b)	سودانية	55	3.6987	
	يمنية	20	3.9429	
	عراقية	35	3.9714	
	سورية	7	4.0408	4.0408
	سعودية	47	4.2675	4.2675
	ليبية	12	4.3452	4.3452
	أخرى	13		4.6593
	فلسطينية	11		4.6883
	Sig.		.056	.056

الجدول ٦٧. نتائج اختبار شافييه لمتغير المستوى التعليمي

	المؤهل العلمي	N	Subset for alpha = .05	
		1	2	1
Scheffe(a,b)	دراسات عليا	2	3.2143	
	دبلوم	22	3.8766	3.8766
	ثانوية عامة	45	4.0127	4.0127
	أقل من الثانوية	91		4.1115
	بكالوريوس	40		4.2000
	Sig.		.082	.847

الجدول ٦٨. نتائج اختبار شافييه لمتغير الدخل

	الدخل بالدولار	N	Subset for alpha = .05		
		1	2	3	1
Scheffe(a,b)	less than 1000	99	3.8817		
	1000 - 2000	55	4.0442	4.0442	
	2001 - 3000	31		4.3594	
	more than 3000	15			4.8381
	Sig.		.649	.106	1.000

الجدول ٦٩. نتائج اختبار شافييه لمتغير اختيار المستشفى

	كيف تم اختيار هذا المستشفى	N	Subset for alpha = .05
		1	1
Scheffe(a,b)	المكاتب	19	3.6917
	الوسطاء	4	3.7143
	إعلانات و وسائل الإعلام	5	3.8571
	أصدقاء	60	4.0000
	توصية الطبيب	56	4.0740
	مواقع الكترونية	4	4.2500
	جهات حكومية	51	4.3277
	Sig.		.437

٦-٥-٤ : الفرضية الرئيسة الرابعة

H4: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية (الاستشفائية) تعزى لخصائص متلقي الخدمة عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$).

وتنبثق من هذه الفرضية الرئيسة مجموعة من الفرضيات الفرعية

٦-٥-٤-١:الفرضية الفرعية الأولى

$H4_1$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية (الاستشفائية) تعزى لخصائص متلقي الخدمة متغير(الجنس) عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$).

٦-٥-٤-٢:الفرضية الفرعية الثانية

$H4_2$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية (الاستشفائية) تعزى لخصائص متلقي الخدمة متغير(الجنسية) عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$).

٦-٥-٤-١:الفرضية الفرعية الثالثة

$H4_3$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية (الاستشفائية) تعزى لخصائص متلقي الخدمة متغير(العمر) عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$).

٦-٥-٤-٤:الفرضية الفرعية الرابعة

$H4_4$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية (الاستشفائية) تعزى لخصائص متلقي الخدمة متغير(الدخل) عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$).

٦-٥-٤-٥:الفرضية الفرعية الخامسة

$H4_5$: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية (الاستشفائية) تعزى لخصائص متلقي الخدمة متغير(طريقة الاختيار) عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$).

٦-٥-٤-٦: نتائج اختبار تحليل التباين

أظهرت نتائج الدراسة بعد إجراء اختبار تحليل التباين النتائج الآتية:

١. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية (الاستشفائية) تعزى لمتغير (الجنس) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (١,٨١٤) وقيمة (**Sig**) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,١٨٤)، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد للدراسة، وبالتالي نرفض فرضية الأساس ونقبل فرضية العدم التي تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية (الاستشفائية) تعزى لمتغير (الجنس) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٢. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية (الاستشفائية) تعزى لمتغير (الجنسية) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$)، حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (٠,٠٤٠) وقيمة (**Sig**) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٨٤٣)، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد للدراسة، وبالتالي نرفض فرضية الأساس ونقبل فرضية العدم التي تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية (الاستشفائية) تعزى لمتغير (الجنسية) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٣. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية (الاستشفائية) تعزى لمتغير (العمر) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$)، حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (٠,٤٠٥) وقيمة (**Sig**) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٦٦٩)، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد للدراسة، وبالتالي نرفض فرضية الأساس ونقبل فرضية العدم التي تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية (الاستشفائية) تعزى لمتغير (العمر) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٤. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية (الاستشفائية) تعزى لمتغير (الدخل) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$)، حيث بلغت قيمة (**F**) المحسوبة (٠,٣٧٩) وقيمة (**Sig**) التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٦٨٧) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد للدراسة، وبالتالي نرفض فرضية الأساس ونقبل فرضية العدم التي تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية

(الاستشفائية) تعزى لمتغير (الدخل) عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

٥. أظهرت الدراسة بعد إجراء اختبار تحليل التباين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية (الاستشفائية) تعزى لطريقة اختيار المستشفى عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$)، حيث بلغت قيمة **(F)** المحسوبة (١,٤٥٦) وقيمة **(Sig)** التي تشير إلى مستوى الدلالة (٠,٢٣١)، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد للدراسة، وبالتالي نرفض فرضية الأساس ونقبل فرضية العدم التي تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية (الاستشفائية) تعزى لطريقة اختيار المنتجع عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

والجدول رقم (٧٠) يبين نتائج اختبار تحليل التباين بين الخصائص الديمغرافية لمتلقي الخدمة وسبب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية (الاستشفائية).

الجدول ٧٠. نتائج تحليل التباين لمتلقي الخدمة وسبب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية (الاستشفائية).

المتغير		مجموع المربعات	درجات الحرية	F	Sig
الجنس	بين المجموعات	0.380	1	1.814	0.184
	ضمن المجموعات	10.484	50		
	المجموع	10.864	51		
الجنسية	بين المجموعات	0.009	1	0.040	0.843
	ضمن المجموعات	10.856	50		
	المجموع	10.864	51		
العمر	بين المجموعات	.177	2	0.405	0.669
	ضمن المجموعات	10.687	49		
	المجموع	10.864	51		
متوسط الدخل	بين المجموعات	0.165	2	0.379	0.687
	ضمن المجموعات	10.699	49		
	المجموع	10.864	51		
طريقة الاختيار	بين المجموعات	1.198	4	1.456	0.231
	ضمن المجموعات	9.667	47		
	المجموع	10.864	51		

٦-٥-٥ : الفرضية الرئيسة الخامسة

H5: لا توجد علاقة ارتباط بين درجة رضا زوار مواقع السياحة الاستشفائية عن (الأسعار، جمالية الموقع، الخدمات المقدمة) والرغبة في تكرار الزيارة للأردن.

وتنبثق من الفرضية الرئيسة ثلاث فرضيات فرعية:

٦-٥-٥-١:الفرضية الفرعية الأولى:

$H5_1$: توجد علاقة ارتباط بين درجة رضا زوار مواقع السياحة الاستشفائية عن (الأسعار) والرغبة في تكرار الزيارة للأردن.

٦-٥-٥-٢: الفرضية الفرعية الثانية:

$H5_2$: توجد علاقة ارتباط بين درجة رضا زوار مواقع السياحة الاستشفائية عن (جمالية الموقع) والرغبة في تكرار الزيارة للأردن.

٦-٥-٥-٣: الفرضية الفرعية الثالثة:

$H5_3$: توجد علاقة ارتباط بين درجة رضا زوار مواقع السياحة الاستشفائية عن (الخدمات المقدمة) والرغبة في تكرار الزيارة للأردن.

ولاختبار وجود علاقة بين المتغيرات المستقلة درجة الرضا عن(الأسعار جمالية الموقع، الخدمات المقدمة) والمتغير التابع (الرغبة في تكرار الزيارة) تم استخدام معامل الارتباط سبيرمان الذي يبين قوة العلاقة واتجاهها والذي تتراوح قيمة بين (-١ إلى ١)، وأظهرت نتائج الدراسة من خلال تطبيق معادلة الارتباط ما يلي:

١. وجود علاقة ارتباط إيجابية قوية تصل إلى (٠,٨٥١) عند مستوى دلالة ($p=0.000$) أي بمعنى أنها ذات دلالة إحصائيا، وبالتالي نقبل فرضية الأساس التي تشير إلى وجود علاقة ارتباط قوية ايجابية بين متغير الرضا عن الأسعار والرغبة في تكرار الزيارة ونرفض الفرضية الصفرية التي تشير إلى أنه لا توجد علاقة ارتباط بين درجة رضا الزوار مواقع السياحة الاستشفائية عن (الأسعار) والرغبة في تكرار الزيارة للأردن.

٢. وجود علاقة ارتباط إيجابية قوية تصل إلى (٠,٨٠٢) عند مستوى دلالة ($p=0.000$) أي بمعنى أنها ذات دلالة إحصائيا، وبالتالي نقبل فرضية الأساس التي تشير إلى وجود علاقة ارتباط قوية ايجابية بين متغير الرضا عن جمالية الموقع والرغبة في تكرار الزيارة، ونرفض الفرضية الصفرية التي تشير إلى أنه لا توجد علاقة ارتباط بين درجة رضا الزوار مواقع السياحة الاستشفائية عن (جمالية الموقع) والرغبة في تكرار الزيارة.

٣. وجود علاقة ارتباط إيجابية قوية تصل إلى (٠,٧٥٦) عند مستوى دلالة (p=0.000) أي بمعنى أنها ذات دلالة إحصائية، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية التي تشير إلى أنه لا توجد علاقة ارتباط بين درجة رضا الزوار مواقع السياحة الاستشفائية عن (الخدمات المقدمة) والرغبة في تكرار الزيارة للأردن، ونقبل الفرضية البديلة التي تشير إلى وجود علاقة ارتباط قوية ايجابية بين متغير الرضا عن الخدمات المقدمة والرغبة في تكرار الزيارة.

والجدول رقم (٧١) يبين نتائج تطبيق معادلة الارتباط بين المتغيرات المستقلة درجة الرضا عن (الأسعار، جمالية الموقع، الخدمات المقدمة) والمتغير التابع (الرغبة في تكرار الزيارة).

الجدول ٧١. نتائج معامل الارتباط بين درجة الرضا والرغبة في تكرار الزيارة

		تكرار الزيارة
الأسعار	Spearman Correlation	0.821 (**)
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	138
جمالية الموقع	Spearman Correlation	0.802 (**)
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	138
الخدمات المقدمة	Spearman Correlation	0.756 (**)
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	138

٦-٥-٦ :الفرضية الرئيسة السادسة

H6: توجد علاقة ارتباط بين درجة رضا زوار مواقع السياحة الاستشفائية عن (الأسعار، جمالية الموقع، الخدمات المقدمة) والتوصية بزيارة الأردن.

وتنبثق من الفرضية الرئيسة ثلاث فرضيات فرعية:

٦-٥-٦-١: الفرضية الفرعية الأولى:

$H0_1$: توجد علاقة ارتباط بين درجة رضا زوار مواقع السياحة الاستشفائية عن (الأسعار) والتوصية بزيارة الأردن.

٦-٥-٦-٢:الفرضية الفرعية الثانية:

$H0_2$: توجد علاقة ارتباط بين درجة رضا زوار مواقع السياحة الاستشفائية عن (جمالية لموقع) والتوصية بزيارة الأردن.

٦-٥-٦-٣:الفرضية الفرعية الثالثة:

$H0_3$: توجد علاقة ارتباط بين درجة رضا زوار مواقع السياحة الاستشفائية عن (الخدمات المقدمة) والتوصية بزيارة الأردن.

ولاختبار وجود علاقة بين المتغيرات المستقلة درجة الرضا عن (الأسعار جمالية الموقع، الخدمات المقدمة) والمتغير التابع (التوصية بزيارة الأردن) تم استخدام معامل الارتباط سبيرمان الذي يبين قوة العلاقة واتجاهها والذي تتراوح قيمة بين (-١ إلى ١)، وأظهرت الدراسة من خلال تطبيق معادلة الارتباط ما يلي:

١. وجود علاقة ارتباط إيجابية قوية تصل إلى (٠,٨٢٧) عند مستوى دلالة ($p=0.000$) أي بمعنى أنها ذات دلالة إحصائيا، وبالتالي نرفض الفرضية العدم التي تشير إلى أنه لا توجد علاقة ارتباط بين درجة رضا الزوار مواقع السياحة الاستشفائية عن (الأسعار) والتوصية بزيارة الأردن، ونقبل الفرضية البديلة التي تشير إلى وجود علاقة ارتباط قوية ايجابية بين متغير الرضا عن الأسعار والتوصية بزيارة الأردن.

٢. وجود علاقة ارتباط إيجابية قوية تصل إلى (٠,٧٩٢) عند مستوى دلالة ($p=0.000$) أي بمعنى أنها ذات دلالة إحصائيا، وبالتالي نرفض الفرضية العدم التي تشير إلى أنه لا توجد علاقة ارتباط بين درجة رضا الزوار مواقع السياحة الاستشفائية عن (جمالية الموقع) والتوصية بزيارة الأردن، ونقبل الفرضية البديلة التي تشير إلى وجود علاقة ارتباط قوية ايجابية بين متغير الرضا عن جمالية الموقع والتوصية بزيارة الأردن.

٣. وجود علاقة ارتباط إيجابية قوية تصل إلى (٠,٧٥٨) عند مستوى دلالة ($p=0.000$) أي بمعنى أنها ذات دلالة إحصائيا، وبالتالي نرفض الفرضية العدم التي تشير إلى أنه لا

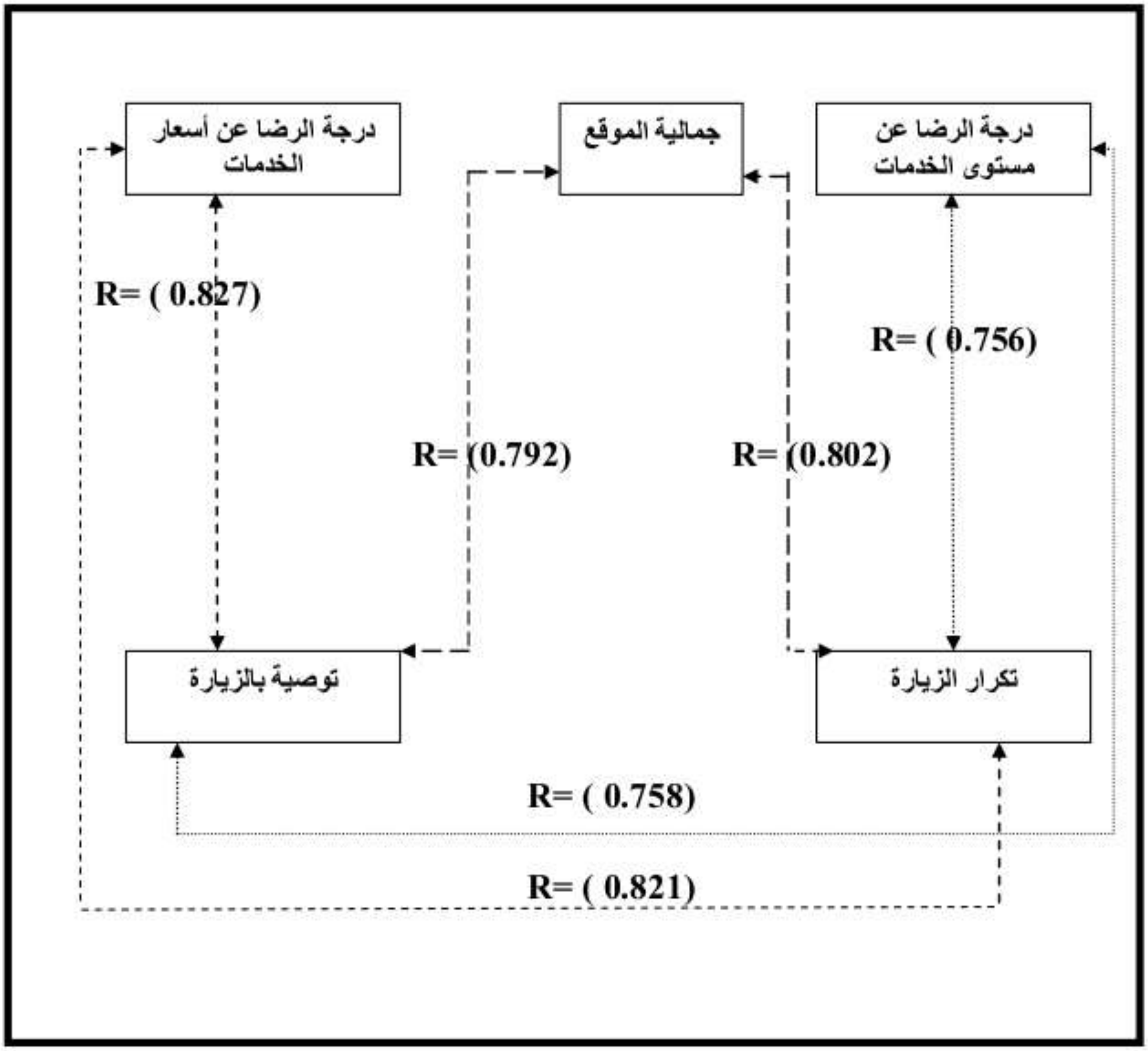
المقدمة) والتوصية بزيارة الأردن، ونقبل الفرضية البديلة التي تشير إلى وجود علاقة ارتباط قوية ايجابية بين متغير الرضا عن الخدمات المقدمة والتوصية بزيارة الأردن.

والجدول رقم (٧٢) يبين نتائج تطبيق معادلة الارتباط بين المتغيرات المستقلة درجة الرضا عن (الأسعار، جمالية الموقع، الخدمات المقدمة) والمتغير التابع (التوصية بزيارة الأردن).

الجدول ٧٢. نتائج معامل الارتباط بين درجة الرضا والتوصية بزيارة الأردن.

		التوصية بزيارة الأردن
الأسعار	Spearman Correlation	0.827 (**)
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	138
جمالية الموقع	Spearman Correlation	0.792 (**)
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	138
الخدمات المقدمة	Spearman Correlation	0.758 (**)
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	138

ومن خلال العلاقات السابقة والتي أظهرتها نتائج الدراسة، لدى اختبار الفرضيتين الخامسة والسادسة، نلاحظ وجود العلاقة الأقوى بين مستوى الرضا عن الأسعار وكل من الرغبة في تكرار الزيارة وكذلك التوصية بزيارة الموقع ثم تلاها الرضا عن جمالية الموقع ثم الرضا عن الخدمات المقدمة، وعلى ذلك فقد تم صياغة الفكرة من خلال شكل توضيحي يبين علاقات الارتباط بين درجة الرضا لزوار مواقع السياحة الاستشفائية عن الأسعار، وجمالية الموقع، والخدمات المقدمة والرغبة في تكرار الزيارة، و التوصية بالزيارة، وذلك حسب الشكل الآتي:



الشكل ٨ . نموذج يوضح علاقات الارتباط بين (الأسعار، مستوى الخدمات المقدمة، جمالية الموقع) وبين تكرار الزيارة والتوصية بالزيارة.

٦-٥-٧: العوامل المؤثرة في تعزيز القدرة التنافسية للسياحة الطبية في الأردن

للإجابة على السؤال السادس من أسئلة الدراسة، فقد تم توجيه جزء خاص من الاستبيان مكون من (٢٢) فقرة لثلاثة أطراف من مجتمعات الدراسة وهم (مدراء المستشفيات، الأطباء، الهيئات والجهات الراعية) حول العوامل المؤثرة في تعزيز القدرة التنافسية للسياحة الطبية في الأردن وكانت نتائج الدراسة على النحو الأتي:

٦-٥-٧-١: مدراء المستشفيات

أظهرت نتائج الدراسة أن المتوسطات الحسابية لإجابات مدراء المستشفيات، حول العوامل المؤثرة في تعزيز القدرة التنافسية للسياحة العلاجية في الأردن تراوحت بين (١,٥٧-٤,٧١) ومعظم العبارات الواردة حصلت على متوسطات حسابية أعلى من المتوسط الافتراضي (٣)، باستثناء العبارات المتعلقة بالتنسيق بين المؤسسات العلاجية والمتعلقة كذلك بنظام الضرائب وحوافز الاستثمار، أما المتوسط الحسابي الكلي فقد بلغ (٣,٨) وبانحراف معياري وصل إلى (٠,٨٩٥).

وحسب رأي مدراء المستشفيات فإن عامل الاستقرار السياسي والوضع الأمني في الأردن حصل على المرتبة الأولى، بمتوسط حسابي بلغ (٤,٧١) وانحراف معياري قدره (٠,٤٥٨) واعتبره مدراء المستشفيات أهم العوامل المؤثرة في تعزيز القدرة التنافسية للسياحة الطبية في الأردن، وجاءت الكفاءات العلمية وخبرات الأطباء في المرتبة الثانية، بمتوسط حسابي بلغ (٤,٦٨) وانحراف معياري مقداره (٠,٤٧١)، فيما جاءت التجهيزات الجيدة للمستشفيات وتوفر الأجهزة الحديثة في المرتبة الثالثة، تلاها قدرة المؤسسات العلاجية على توفير الخدمات العلاجية بأسعار منافسة، وعلى الرغم من أن هذا العامل (أسعار الرعاية الصحية) كان عاملاً سلبياً حسب رأي متلقي الخدمات العلاجية وحصل على درجة رضا متوسطة، إلا أن مدراء المستشفيات يرون عكس ذلك، إذ ما قورن بمستوى الكفاءات والجودة المقدمة والمقارنة بالدول المتقدمة في مجال الرعاية الصحية، ثم جاء في المرتبة الخامسة العامل المتعلق بوجود عدد من المستشفيات الحاصلة على الاعتمادية الدولية، والعوامل الخمس السابقة حصلت على متوسطات حسابية أعلى من (٤,٢) وهو ما يشير إحصائياً إلى فئة (موافق جداً) حسب مقياس ليكرت الخماسي.

وأظهرت نتائج الدراسة أهمية عوامل أخرى في تعزيز القدرة التنافسية، كالموقع الجغرافي للأردن، الذي يعتبر مناسباً للعديد من الدول العربية، وطبيعة العادات والتقاليد واللغة، والتي تعتبر عامل جذب للعديد من الأسر العربية التي ترى فيها انسجاماً وامتداداً لعاداتهم وتقاليدهم، إضافة إلى سهولة التواصل اللغوي، فالعديد من متلقي الخدمة من مستويات تعليمية منخفضة، وعادة المريض لا يحتاج اللغة فقط من أجل التواصل بل يحتاج إلى جوهر اللغة للتعبير عن ذاته، كما

بينت الدراسة أهمية العامل المناخي كعامل جذب للسياحة الطبية، من خلال إشارة مدراء المستشفيات إلى أن العديد من الحالات العلاجية غير الطارئة وتحديداً من المملكة العربية السعودية ودول الخليج العربي تؤجل الرحلة العلاجية للتزامن مع قضاء إجازة الصيف في الأردن.

أما العوامل الأقل أهمية في تعزيز القدرة التنافسية للسياحة الطبية في الأردن كما يراها مدراء المستشفيات، فقد تركزت على أنظمة الضرائب وحوافز الاستثمار وجاءت في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (١,٥٧١) وبانحراف معياري قدره (٠,٧٣٩) فهذه الأنظمة كما تراها عينة الدراسة تزيد من الأعباء المالية للمستشفيات، مما ينعكس سلباً على قدرة هذه المؤسسات على توفير الخدمات بأسعار أقل وأكثر تنافسية، وهو الأمر الذي ينعكس بشكل سلبي على قدرة المستشفيات على جذب المرضى من الدول العربية والأجنبية، في حين جاء عامل التعاون والتنسيق بين المؤسسات الطبية في المركز قبل الأخير بمتوسط حسابي (٢,٩٧) وبانحراف معياري قدره (٠,٩٥٤)، فإدارات المستشفيات ترى أن معظم المؤسسات تعمل بشكل فردي دون تعاون أو تنسيق مع مؤسسات أخرى، وهو ما يضعف قدرة العديد من المؤسسات على المنافسة والانتقال من النطاق المحلي إلى النطاق الإقليمي أو العالمي. فالمنافسة على المستوى الإقليمي تحتاج إلى إقامة شراكات وتحالفات لغايات زيادة القدرات وتخفيف الأعباء.

وكذلك جاءت اتجاهات إدارات المستشفيات سلبية نحو الأسعار وتكاليف الحياة والإقامة في الأردن، ويرون أنها لا تشكل ميزة تنافسية للسياحة الطبية في الأردن إذا قورنت ببعض الأسواق الجاذبة للسياحة الطبية في المنطقة، وكذلك حصل العامل المتعلق بوجود استراتيجيات واضحة ومحددة للمؤسسات الطبية على مرتبة متأخرة من ضمن العوامل المؤثرة في تحقيق الميزة التنافسية.

٦-٥-٧-٢:الأطباء

أظهرت نتائج الدراسة أن المتوسطات الحسابية لإجابات عينة الدراسة من الأطباء حول العوامل المؤثرة في تعزيز القدرة التنافسية للسياحة العلاجية في الأردن تراوحت بين (٢,٠٤-٤,٦٤) ومعظم العبارات الواردة حصلت على متوسطات حسابية أعلى من المتوسط الافتراضي (٣) باستثناء العبارات المتعلقة بالتنسيق بين المؤسسات العلاجية والمتعلقة كذلك بنظام الضرائب وحوافز الاستثمار.

وحسب رأي عينة الأطباء فإن عامل الكفاءات العلمية وخبرات الأطباء في التخصصات الدقيقة والحديثة قد حصل على المرتبة الأولى، بمتوسط حسابي بلغ (٤,٦٤) وانحراف معياري مقداره (٠,٥٤١) واعتبره أفراد العينة أهم عامل من عوامل الميزة التنافسية للسياحة الطبية في الأردن، وجاء عامل الاستقرار السياسي والوضع الأمني في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (٤,٦١٦) وانحراف معياري مقداره (٠,٥٢٩) وجاءت التجهيزات الجيدة للمستشفيات وتوفر الأجهزة الحدية بالمرتبة الثالثة، في حين جاء العامل المتعلق بحصول عدد من المستشفيات على الاعتمادية الدولية على المرتبة الرابعة، وبالاستناد إلى سجل الملاحظات الخاص لاستبانة الأطباء، واعتماداً على ملاحظات الباحث من خلال المقابلات الشخصية مع عدد من الأطباء، فقد أشار العديد من الأطباء إلى أن هذا العامل (الحصول على الاعتمادية الدولية) سيلعب دوراً مهماً في المستقبل، في رسم خريطة السياحة الطبية في المنطقة، على الرغم من أن دوره الآن ليس ذو فعاليّة عالية، مستشهدين بوجود عدد من المستشفيات الناشطة بشكل كبير في مجال السياحة الطبية في السوق الأردني، على الرغم من عدم حصولها على الاعتمادية الدولية، وإنما تعتمد على طبيعة قنوات التوزيع وآليات الحصول على المرضى من خلال الاتفاقيات الثنائية التي تقوم بها هذه المستشفيات، أما في المستقبل ومع تزايد حدة المنافسة الإقليمية، وزيادة الوعي من متلقي الخدمات العلاجية، فإن الاعتمادية الدولية ستصبح بمثابة أحد المرتكزات الأساسية لتحديد الوجهات الرئيسة لتلقي الخدمات العلاجية والمفاضلة فيما بينها. وجاء العامل المتعلق بأجور العاملين في القطاع الطبي في المرتبة الخامسة من حيث أهميته كعامل مؤثرة في تعزيز القدرة التنافسية للسياحة الطبية في الأردن، فالأطباء يرون أن الأجور المنخفضة نسبياً للأطباء في الأردن تساهم في تعزيز القدرة التنافسية من خلال التأثير على المجموع العام لتكلفة العلاج.

وبالرجوع إلى العوامل الثلاثة والتي حصلت على أعلى متوسطات حسابية كعوامل مؤثرة في تعزيز القدرة التنافسية للسياحة الطبية في الأردن حسب رأي عينة الأطباء، نجد أنها تتطابق إلى حد كبير مع نتائج درجة رضا متلقي الخدمة الطبية في الأردن. وفيما يأتي الجدول (٧٣) الذي يوضح المقارنة بين آراء الأطباء عن العوامل المؤثرة في تعزيز القدرة التنافسية للسياحة الطبية

في الأردن وبين أهم العوامل التي تقف خلف سبب اختيار الأردن كوجهة مفضلة للحصول على الخدمات العلاجية.

الجدول ٧٣. مقارنة بين آراء الأطباء وآراء متلقي الخدمة للسياحة الطبية.

الرتبة	العوامل المؤثرة في تعزيز القدرة التنافسية (الأطباء)	سبب اختيار الأردن كوجهة مفضلة للحصول على الخدمات العلاجية (متلقي الخدمة)
الأولى	الكفاءات العلمية وخبرات الأطباء في التخصصات الدقيقة والحديثة	الكفاءة العالية للأطباء الأردنيين
الثانية	الاستقرار السياسي والوضع الأمني في الأردن	الاستقرار السياسي والوضع الأمني
الثالثة	التجهيزات الجيدة للمستشفيات وتوفر أحدث الأجهزة	السمعة الحسنة للخدمات الطبية في الأردن

المصدر: الباحث، المسح الميداني

أما العوامل الأقل أهمية في تعزيز القدرة التنافسية للسياحة الطبية في الأردن كما تراها عينة الأطباء، فقد تركزت على أنظمة الضرائب وحوافز الاستثمار وجاءت في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (٢,٠٤) وبانحراف معياري قدره (١,٢٢)، فهذه الأنظمة تزيد من الأعباء التشغيلية للمستشفيات، وبالتالي تضطر إلى رفع الأسعار لتغطية النفقات والوصول إلى الربحية، وهو الأمر الذي ينعكس بشكل سلبي على قدرة المستشفيات لجذب طالبي الخدمات العلاجية، في حين جاء عامل التعاون والتنسيق بين المؤسسات الطبية في المركز قبل الأخير، بمتوسط حسابي (٢,٨٥) وبانحراف معياري قدره (٠,٩٨٩)، فالأطباء يرون أن معظم المؤسسات تعمل بشكل فردي دون تعاون أو تنسيق مع مؤسسات أخرى وهو ما يجعل المنافسة على السوق المحلي فقط، ولكنه في ذات الوقت يضعف من قدرة هذه المؤسسات على المنافسة الإقليمية، فالمنافسة على المستوى الإقليمي تحتاج إلى إقامة شراكات وتحالفات لغايات توزيع الأدوار، وتخفيف الأعباء، وكذلك جاءت اتجاهات الأطباء من عينة الدراسة سلبية نحو الأسعار وتكاليف الحياة والإقامة في الأردن ويروا أنها لا تشكل ميزة تنافسية للسياحة الطبية، بل على العكس يمكن أن يكون لها تأثير سلبي على جذب الأشقاء العرب، إذا ما قورنت ببعض الأسواق الجاذبة للسياحة الطبية، وهو ما انطبق أيضا على رأي الأطباء نحو استراتيجيات المؤسسات الطبية وكذلك على قدرة المؤسسات الطبية على توفير الخدمات العلاجية بأسعار منافسة وعلى الرغم من حصولها على متوسط حسابي وصل إلى (٣,٣٥) إلا أنها جاءت في مرتبة متأخرة.

٦-٥-٧-٣:الهيئات والجهات الراعية

أظهرت نتائج الدراسة أن المتوسطات الحسابية لإجابات عينة الدراسة، من الهيئات والجهات الراعية حول العوامل المؤثرة في تعزيز الميزة التنافسية للسياحة الطبية في الأردن، قد تراوحت بين (٢,٧٧ – ٤,٦٩)، وجميع العوامل حصلت على متوسطات حسابية أعلى من المتوسط الافتراضي (٣) باستثناء العبارة المتعلقة بنظام الضرائب وحوافز الاستثمار التي حصلت على متوسط حسابي (٢,٧٧) وانحراف معياري (٠,٩٠٢).

وتشير نتائج الدراسة، أن الاستقرار السياسي والوضع الأمني في الأردن من أهم العوامل المؤثرة في الميزة التنافسية للسياحة الطبية في الأردن، وحصلت على أعلى متوسط (٤,٦٩) وبانحراف معياري مقداره (٠,٥٢).

فيما جاءت الكفاءات العلمية وخبرات الأطباء في التخصصات الدقيقة والحديثة، بالمرتبة الثانية بمتوسط حسابي (٤,٥٤) وبانحراف معياري قدره (٠,٥٠٥)، في حين جاءت التجهيزات الجيدة للمستشفيات وتوفر أحدث الأجهزة بالمرتبة الثالثة بمتوسط حسابي قدره (٤,٤٩) وانحراف معياري قدره (٠,٧٢)، وجاء العامل المتعلق بالعادات والتقاليد واللغة في المرتبة الرابعة تلاه وجود عدد من المستشفيات الحاصلة على الاعتمادية الدّولية.

بالمقابل ترى العينة من الجهات الراعية أن نظام الضرائب وحوافز الاستثمار في الأردن، هو أكثر العوامل سلبية في تحقيق ميزة تنافسية للسياحة الطبية في الأردن وجاء بالمرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي قدره (٢,٧٧) وبانحراف معياري قدره (٠,٩٠٢) في حين جاء التعاون وتنسيق بين المؤسسات العلاجية في المرتبة قبل الأخيرة بمتوسط حسابي(٣,٠٥)، كذلك ترى عينة الدراسة أن عدم وجود إستراتيجيات واضحة ومحددة للمؤسسات الطبية إضافة إلى ارتفاع الأسعار وتكاليف الحياة هي من العوامل السلبية للسياحة الطبية في الأردن.

ويظهر الانسجام في العوامل الأكثر أهمية في تعزيز القدرة التنافسية بين آراء مدراء المستشفيات وآراء الأطباء وآراء الهيئات والجهات الراعية، فهناك اتفاق على العوامل الأكثر أهمية في أربعة منها مع وجود اختلاف في الرتب، ويظهر اختلاف يتعلق بالأجور فإدارة المستشفيات ترى أن الأسعار التي تطلبها مناسبة جداً ومنافسة، مقارنة بالعديد من الدول في ظل جودة الخدمة المقدمة، في حين يرى الأطباء أن مستويات الأجور للعاملين في القطاع الطبي هي من العوامل المؤثرة في زيادة القدرة التنافسية وأن الأجور التي يحصلون عليها هي أقل بكثير من أجور الأطباء في دول تقدم خدمات بذات الجودة. والجدول التالي يبين المتوسطات الحسابية لنتائج إجابات مدراء المستشفيات والأطباء الهيئات والجهات الراعية على العوامل المؤثرة في الميزة التنافسية للسياحة الطبية في الأردن.

الجدول ٧٤. نتائج إجابات (إدارة المستشفيات، الأطباء،الهيئات الراعية) على العوامل المؤثرة في الميزة التنافسية

الرقم	العبارات	المتوسط الحسابي (إدارة المستشفيات)	المتوسط الحسابي (الأطباء)	المتوسط الحسابي (الهيئات الراعية)
١	الاستقرار السياسي والوضع الأمني في الأردن	٤,٧١	٤,٦٢	٤,٦٩
٢	التجهيزات الجيدة للمستشفيات وتوفر أحدث الأجهزة	٤,٤٨	٤,٥٧	٤,٤٨
٣	بروتوكولات التعاون الطبي بين الحكومة الأردنية والدول الأخرى	٣,٧١	٣,٨٢	٣,٨٢
٤	نظام الضرائب وحوافز الاستثمار	١,٥٧	٢,٠٤	٢,٧٦
٥	الخدمات المالية والمصرفية	٣,٦٨	٣,٦١	٣,٥٦
٦	شبكة النقل والاتصالات في الأردن	٣,٧١	٣,٦٣	٣,٦٦
٧	قدرة المؤسسات العاملة على توفير الخدمات العلاجية بأسعار منافسة	٤,٢٢	٣,٣٥	٣,٥٣
٨	كفاءة المهن الطبية المساندة	٤,٠٨	٤,٣٦	٤,٣٥
٩	وجود إستراتيجيات واضحة ومحددة للمؤسسات الطبية	٣,٤٢	٣,٢٦	٣,٠٧
١٠	الكفاءات العلمية وخبرات الأطباء في التخصصات الدقيقة والحديثة	٤,٦٨	٤,٦٤	٤,٥٣
١١	مستويات الأجور للعاملين في القطاع الطبي	٤,٠٣	٤,٤٢	٤,١٣
١٢	وجود عدد من المستشفيات الحاصلة على الاعتمادية الدّولية	٤,٤٣	٤,٥٣	٤,٣٦
١٣	القدرة على تلبية احتياجات السوق والطلب المحلي والخارجي	٣,٨	٣,٧٢	٣,٥٩
١٤	سهولة الإجراءات للحصول على تأشيرة الدخول	٣,٦٨	٣,٦٥	٣,٤٨
١٥	جودة الدواء وتوفره وتنوعه	٣,٩٤	٣,٨٨	٣,٧٩
١٦	الأسعار وتكاليف الإقامة	٣,١٧	٣,٢٢	٣,٤١
١٧	وجود تعاون وتنسيق بين المؤسسات العلاجية	٢,٩٧	٢,٨٦	٣,٠٥
١٨	الموقع الجغرافي للمملكة	٤,١٤	٣,٩٤	٤,١٧
١٩	ملاءمة المناخ	٤,٠٦	٣,٩٤	٤,٢١
٢٠	تنوع المواقع والأنشطة السياحية	٣,٦٦	٣,٨١	٣,٨٧٢
٢١	وجود مواقع للعلاج الطبيعي	٣,٩١	٣,٩٣	٤,٠٥
٢٢	القدرة الاستيعابية العالية للمؤسسات العلاجية.	٣,٧٧	٣,٨٤	٣,٧٧
٢٣	المتوسط العام	٣,٨٠	٣,٧٩	٣,٨٣

ولأن الغاية هنا ليست المقاييس الإحصائية بحد ذاتها، بقدر ما هو الوقوف على مجموعة العوامل المؤثرة في تعزيز القدرة التنافسية للعمل على تعزيزها ورفع كفاءتها، للاستمرار في تحقيق تلك الميزة التنافسية للسياحة الطبية في الأردن ومتابعة التميز والارتقاء بمستوى الأداء، والانتقال من المنافسة الإقليمية للمنافسة العالمية، وكذلك الوقوف على جوانب الضعف للعمل على معالجتها، لذلك قام الباحث بجمع آراء العينات الثلاث التي تمت دراستها، من خلال جدول موحد مبني على المتوسطات الحسابية للفئات الثلاثة بعد توحيد أوزان العينات، والعمل على عرضها حسب أهميتها، من خلال الجدول (٧٥).

الجدول ٧٥. العوامل المؤثرة في تعزيز القدرة التنافسية لمجتمعات الدراسة الفرعية مع درجة الموافقة.

الرقم	العبارات	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة
١	الاستقرار السياسي والوضع الأمني في الأردن	4.674	موافق جداً
٢	الكفاءات العلمية وخبرات الأطباء في التخصصات الدقيقة والحديثة	4.622	
٣	التجهيزات الجيدة للمستشفيات وتوفر أحدث الأجهزة	4.514	
٤	وجود عدد من المستشفيات الحاصلة على الاعتمادية الدّولية	4.441	
٥	طبيعة العادات والتقاليد واللغة	4.268	
٦	مستويات الأجور للعاملين في القطاع الطبي	4.194	موافق
٧	الموقع الجغرافي للمملكة	4.087	
٨	ملاءمة المناخ	4.067	
٩	وجود مواقع للعلاج الطبيعي	3.983	
١٠	جودة الدواء وتوفره وتنوعه	3.873	
١١	القدرة الاستيعابية العالية للمؤسسات العلاجية.	3.793	
١٢	بروتوكولات التعاون الطبي بين الحكومة الأردنية والدول الأخرى	3.786	
١٣	كفاءة المهن الطبية المساندة	3.779	
١٤	قدرة المؤسسات العاملة على توفير الخدمات العلاجية بأسعار منافسة	3.707	
١٥	القدرة على تلبية احتياجات السوق والطلب المحلي والخارجي	3.702	
١٦	شبكة النقل والمواصلات والاتصالات في الأردن	3.671	
١٧	الخدمات المالية والمصرفية	3.621	
١٨	سهولة الإجراءات للحصول على تأشيرة الدخول	3.579	
١٩	الأسعار وتكاليف الإقامة	3.266	محايد
٢٠	وجود إستراتيجيات واضحة ومحددة للمؤسسات الطبية	3.257	
٢١	وجود تعاون وتنسيق بين المؤسسات العلاجية	2.959	
٢٢	نظام الضرائب وحوافز الاستثمار	2.126	غير موافق

٦-٥-٨: تقييم دور القطاعين العام والخاص في تنشيط وتطوير السياحة العلاجية

لغايات الإجابة على السؤال السابع من أسئلة الدراسة، حول تقييمهم لدور القطاعين العام والخاص في تطوير وتنشيط السياحة العلاجية، تم توجيه جزء خاص من الاستبانة مكونة من (١٦) فقرة، لكل من الأطراف الثلاث من المجتمعات الدراسة، وهم (مدراء المستشفيات، الأطباء، الهيئات والجهات الراعية) وكانت إجاباتهم على النحو الأتي:

٦-٥-٨-١: مدراء المستشفيات

أظهرت نتائج الدراسة أن المتوسطات الحسابية لإجابات إدارة المستشفيات حول دور القطاعين العام والخاص، في دعم وتطوير السياحة العلاجية تراوحت بين (١,٥٧-٤,٣١)، ومعظم العبارات حصلت على متوسطات حسابية أقل من مستوى الموافقة (٣,٤) حسب مقياس ليكرت الخماسي، أما المتوسط الكلي فقد بلغ (٢,٨٨) وبانحراف معياري (١,٠٣٨).

وتشير النتائج إلى أن جهود القطاع الخاص ومساهمته في تحقيق (مؤشرات صحية) متميزة، كان له الدور الإيجابي الأكبر في تطوير قطاع السياحة العلاجية، حيث حصل على أعلى متوسط حسابي (٤,١٣٤) وبانحراف معياري قدره (٠,٨٦٦)، في ما جاء في المرتبة الثانية، دور الجهود الحكومية في إنشاء الكليات والمعاهد الطبية وتوفير وتأهيل الكوادر البشرية، بمتوسط حسابي قدره (٤,١١) وبانحراف معياري قدره(٠,٦٧٦). أما جهود الخدمات الطبية الملكية في تحقيق مؤشرات صحية فقد جاءت بالمرتبة الثالثة حسب رأي مدراء المستشفيات بمتوسط حسابي (٣,٦٥) وبانحراف معياري وصل إلى (٠,٥٩١).

وجاءت جهود الحكومة الأردنية في مجال عقد الاتفاقيات والبحث عن أسواق جديدة في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (٣,٣١) ، فيما جاءت جهود جمعية المستشفيات الخاصة في المرتبة الخامسة.

بالمقابل ترى إدارة المستشفيات، أن قوانين الضرائب المعمول بها في المملكة تشكل العامل السلبي الأكبر في مجال دعم وتطوير السياحة العلاجية، حيث حصلت على الرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (١,٥٧) وبانحراف معياري (٠,٩٧٨) فيما جاءت الجهود التنسيقية بين وزارتي السياحة والصحة في المرتبة قبل الأخيرة بمتوسط حسابي (٢,٣٤).وكذلك الحال عبرت إدارة المستشفيات أن الجهود التي تقوم بها سفاراتنا في الخارج غير كافية، ولا تتناسب مع حجم وأهمية السياحة العلاجية للأردن، وكذلك لم تبدي إدارة المستشفيات، رضا كافٍ عن دور الجمعيات العاملة في مجال السياحة وعن الجهود التسويقية التي يقوم بها مقدموا الخدمات العلاجية. ويروا أنها جهود فردية وعشوائية وليست تحت إطار تنظيمي منهجي.

٦-٥-٨-٢: الأطباء

أظهرت نتائج الدراسة إلى أن المتوسطات الحسابية لإجابات عينة الدراسة من الأطباء حول جهود القطاع العام والقطاع الخاص قد تراوحت بين (١,٧٦-٤,٠٩) وحوالي (٥٠%) من هذه العوامل حصلت على متوسطات حسابية أقل من المتوسط الافتراضي (٣) وأقل من المتوسط العام والذي بلغ (٣,٠٢).

وأظهرت الدراسة إلى أن جهود القطاع الخاص ومساهمته في تحقيق (مؤشرات صحية) متميزة كان له الدور الإيجابي الأكبر في تطوير قطاع السياحة العلاجية، وحصل هذا العامل على أعلى متوسط حسابي حيث بلغت قيمته (٤,٠٩) وبانحراف معياري مقداره (٠,٩٥٦)، فيما جاءت في المرتبة الثانية، الجهود الحكومية المتعلقة بإنشاء الكليات والمعاهد الطبية وتوفير وتأهيل الكوادر البشرية دور بارز في تطوير قطاع السياحة العلاجية بمتوسط حسابي بلغ (٣,٩٨) وبانحراف معياري بلغ (٠,٧٧)، تلاه جهود الخدمات الطبية الملكية في تحقيق مؤشرات صحية متميزة بمتوسط حسابي بلغ (٣,٨٣) وبانحراف معياري (٠,٦٦٤).

فيما جاء دور جمعية المستشفيات الخاصة في المرتبة الرابعة كما يراها عينة الأطباء ودور الحكومة في مجال عقد الاتفاقيات مع عدد من الأسواق المستهدفة في المرتبة الخامسة.

بالمقابل ترى عينة الأطباء أن قوانين الضرائب المعمول بها في المملكة تشكل العامل الأكثر ضعفاً في تطوير وتنشيط السياحة الطبية حيث حصلت على المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (١,٧٦) وبانحراف معياري مقداره (٠,٩٦١) وكذلك الحال فقد عبر الأطباء من بشكل سلبي عن مستوى التنسيق بين وزارتي الصحة والسياحة فيما يختص بتطوير وتنشيط السياحة الطبية وجاءت في المرتبة قبل الأخيرة وأشار العديد من الأطباء إلى أن وزارة السياحة تركز بشكل أكبر على السياحة الاستشفائية وتروج لتلك المواقع وتتناسى الدور الفعّال والكبير للسياحة الطبية وبنفس الإطار كان لعينة الأطباء اتجاهات سلبية عن دور السفارات الأردنية في الخارج وعن دور مؤسسات المجتمع المدني للمؤسسات العاملة في قطاع السياحة في تطوير وتنشيط السياحة الطبية، وكذلك لم تبدي عينة الأطباء رضاها عن الجهود التسويقية التي تقوم بها مؤسسات الخدمة العلاجية في القطاع الخاص وأشار العديد منهم إلى أنها جهود فردية وعشوائية ولا يوجد لها أطار تنظيمي منهجي.

٦-٥-٨-٣: الجهات الراعية

أظهرت نتائج الدراسة أن المتوسطات الحسابية لإجابات عينة الدراسة من الهيئات والجهات الراعية حول جهود القطاع العام والقطاع الخاص قد تراوحت بين (٢,٦٢-٣,٩٢) ومعظم هذه العوامل حصلت على متوسطات حسابية أعلى من المتوسط الافتراضي (٣).

وبينت الدراسة أن جهود القطاع الخاص في المساهمة في تحقيق (مؤشرات صحية) متميزة كان لها الدور الإيجابي في تطوير قطاع السياحة العلاجية إذ حصلت على أعلى متوسط حسابي حيث بلغت قيمته (٣,٩٢) وبانحراف معياري مقداره (٠,٨٧) ، فيما جاءت في المرتبة الثانية الجهود الحكومية المتعلقة في إنشاء الكليات والمعاهد الطبية وتوفير وتأهيل الكوادر البشرية دور بارز في تطوير قطاع السياحة العلاجية بمتوسط حسابي بلغ (٣,٨٢) وبانحراف معياري بلغ (٠,٧٩) تلاه جهود جمعية المستشفيات الخاصة وأدوارها الايجابية في تطوير السياحة العلاجية بمتوسط حسابي بلغ (٣,٦٤) وبانحراف معياري (٠,٧٧٧).

وجاءت جهود الخدمات الطبية الملكية في تحقيق مؤشرات صحية متميزة الدور الإيجابي في تطوير السياحة العلاجية في المرتبة الرابعة تلاها بالمرتبة الخامسة دور الحكومة الأردنية في مجال عقد الاتفاقيات مع الأسواق المستهدفة والبحث عن أسواق جديدة في مجال السياحة العلاجية.

وبمقارنة النتائج نلاحظ وجود انسجام كبير بين أراء العينات الثلاث حول أهم الأدوار للقطاع العام والقطاع الخاص نحو تطوير وتنشيط السياحة العلاجية فأفراد العينات الثلاث أجمعوا على أن جهود القطاع الخاص من خلال تحقيق مؤشرات صحية متميزة كان له الدور الأبرز في تطوير السياحة الطبية في الأردن، كذلك أجمع أفراد العينات على أهمية الدور الذي تقوم به الحكومة في إنشاء الكليات والمعاهد الطبية وتأهيل الكوادر البشرية في تطوير السياحة الطبية.

وكذلك الحال ينطبق على أدوار جمعية المستشفيات الخاصة وجهود الخدمات الطبية الملكية وجهود الحكومة في مجال عقد الاتفاقيات والبحث عن أسواق جديدة مع وجود اختلافات بسيطة في الرتب ولكنها بشكل عام كانت متفقة بإطارها العام ،من حيث العوامل الخمس الأكثر أهمية في أدوار القطاع العام والخاص في دعم وتطوير السياحة الطبية.

بالمقابل كانت أراء عينة الهيئات والجهات الراعية لقطاع السياحة العلاجية سلبية نحو أدوار سفاراتنا في الخارج بالترويج للسياحة العلاجية، وجاءت حسب وجهة نظر العينة في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (٢,٦٢) وبانحراف معياري بلغ (٠,٨٤٦)

في حين جاء التنسيق بين وزارة الصحة ووزارة السياحة في المرتبة قبل الأخيرة بمتوسط حسابي (٢,٧٧) وبانحراف معياري (٠,٨٤١)، كذلك جاءت أراء العينة سلبية نحو التخطيط الإستراتيجي

لمؤسسات القطاع الخاص ونحو قوانين الضرائب ونحو عملية التسويق التي تقوم بها مؤسسات القطاع الخاص من مقدمي الخدمة العلاجية.

وجميع هذه العوامل حصلت على متوسطات حسابية أقل من المتوسط الافتراضي(٣) وكذلك أقل من المتوسط الكلي الذي بلغ (٣,٢٣) للجهات الراعية و(٣,٠٢) لعينة الأطباء.

والجدول (٧٦) يبين المتوسطات الحسابية لنتائج إجابات (مدراء المستشفيات، والأطباء، والهيئات والجهات الراعية)على تقييم دور القطاع الحكومي والقطاع الخاص في تنشيط وتطوير السياحة العلاجية

الجدول ٧٦. نتائج إجابات (إدارة المستشفيات، الأطباء،الهيئات الراعية) وتقييم دور القطاعين العام والخاص في تطوير وتنشيط السياحة العلاجية.

الرقم	العبارات	المتوسط الحسابي (إدارة المستشفيات)	المتوسط الحسابي (الأطباء)	المتوسط الحسابي (الهيئات الراعية)
١	القوانين الحكومية في مجال تشجيع الاستثمار تسهم بتطوير قطاع السياحة العلاجية.	٢,٩١	٢,٩٧	٣,٢٦
٢	قانون الضرائب يعمل على تطوير وتنشيط السياحة العلاجية.	١,٥٧	١,٧٦	٢,٩٢
٣	الأشخاص القادمون للعلاج يحصلون على تسهيلات كافية من قبل الحكومة الأردنية في الحصول على تأشيرات الدخول	٣,٠٦	٣,١٩	٣,١٣
٤	تبذل الحكومة جهود كافية في مجال خدمات البنية التحتية .	٣,٠٣	٣,٠٦	٣,٢٦
٥	تقوم وزارة الخارجية من خلال سفاراتنا في الخارج بالترويج الكافي للسياحة العلاجية في الأردن.	٢,٣٤	٢,٤٦	٢,٦٢
٦	تقوم هيئة تنشيط السياحة بدور فعّال في مجال ترويج وتنشيط قطاع السياحة العلاجية.	٢,٩٤	٣,١٢	٣,٠٥
٧	تعمل وزارتي الصحة والسياحة بتنسيق عال لدعم وتطوير السياحة العلاجية.	٢,٣١	٢,٣٧	٢,٧٧
٨	كان للجهود الخدمات الطبية الملكية في تحقيق مؤشرات صحية متميزة الدور الإيجابي في تطوير السياحة العلاجية.	٣,٦٦	٣,٨٣	٣,٦٢
٩	للجهود الحكومية في إنشاء الكليات والمعاهد الطبية وتوفير وتأهيل الكوادر البشرية دور بارز في تطوير قطاع السياحة العلاجية.	٤,١١	٣,٩٨	٣,٨٢
١٠	تبذل الحكومة الأردنية جهد كافٍ في مجال عقد الاتفاقيات للأسواق المستهدفة والبحث عن أسواق جديدة في مجال السياحة العلاجية	٣,٣١	٣,٢٥	٣,٦٢
١١	انعكس دور جمعية المستشفيات الخاصة إيجابا على السياحة العلاجية في الأردن من خلال زيادة قدرة المستشفيات على المنافسة إقليمياً ودولياً.	٣,٢٣	٣,٤٩	٣,٦٤
١٢	كان لجهود القطاع الخاص بالمساهمة في تحقيق (مؤشرات صحية) متميزة الدور الإيجابي في تطوير قطاع السياحة العلاجية.	٤,٣١	٤,٠٩	٣,٩٢
١٣	يقوم مقدموا الخدمة العلاجية في القطاع الخاص بعملية تسويق وترويج مناسبة للسياحة العلاجية.	٢,٧١	٢,٥٧	٢,٩٢
١٤	تلعب الجمعيات العاملة في مجال السياحة (جمعية وكلاء السياحة والسفر، الجمعية الأردنية للسياحة الوافدة، جمعية الفنادق الأردنية) أدوارا ايجابية في تطوير السياحة العلاجية.	٢,٥١	٢,٥٥	٣,٠٣
١٥	كان لجهود وزارة الصحة في تحقيق مؤشرات صحية متميزة للنظام الصحي في الأردن دوراً في تطوير السياحة العلاجية	٣,١١	٢,٨٧	٣,١٥
١٦	تعمل مؤسسات القطاع الخاص ضمن خطط إستراتيجية لتلبية احتياجات السوق المتغيرة.	٣,٠٣	٢,٨	٢,٨٩
١٧	المتوسط العام	٢,٨٩	٣,٠٢	٣,٢٣

والجدول رقم (٧٧) يبين أراء العينات الثلاث حول تقييم دور القطاع العام والخاص في تطوير وتنشيط السياحة العلاجية من خلال تجميع أراء العينات الثلاث وتوحيد الأوزان لتلك العينات.

الجدول ٧٧. أراء العينات نحو تقييم دور القطاعين العام والخاص في تطوير السياحة العلاجية.

		المتوسط الحسابي	درجة الموافقة
١٢	كان لجهود القطاع الخاص بالمساهمة في تحقيق (مؤشرات صحية) متميزة الدور الإيجابي في تطوير قطاع السياحة العلاجية.	4.109	موافق
٩	للجهود الحكومية في إنشاء الكليات والمعاهد الطبية وتوفير وتأهيل الكوادر البشرية دور بارز في تطوير قطاع السياحة العلاجية.	3.972	
٨	كان للجهود الخدمات الطبية الملكية في تحقيق مؤشرات صحية متميزة الدور الإيجابي في تطوير السياحة العلاجية.	3.701	
١١	انعكس دور جمعية المستشفيات الخاصة إيجابا على السياحة العلاجية في الأردن من خلال زيادة قدرة المستشفيات على المنافسة إقليمياً ودولياً.	3.453	
١٠	تبذل الحكومة الأردنية جهد كافٍ في مجال عقد الاتفاقيات للأسواق المستهدفة والبحث عن أسواق جديدة في مجال السياحة العلاجية	3.393	محايد
٣	الأشخاص القادمون للعلاج يحصلون على تسهيلات كافية من قبل الحكومة الأردنية في الحصول على تأشيرات الدخول.	3.125	
٤	تبذل الحكومة جهود كافية في مجال خدمات البنية التحتية .	3.115	
١	القوانين الحكومية في مجال تشجيع الاستثمار تسهم بتطوير قطاع السياحة العلاجية.	3.047	
١٥	كان لجهود وزارة الصحة في تحقيق مؤشرات صحية متميزة للنظام الصحي في الأردن دوراً في تطوير السياحة العلاجية	3.046	
٦	تقوم هيئة تنشيط السياحة بدور فعّال في مجال ترويج وتنشيط قطاع السياحة العلاجية.	3.038	
١٦	تعمل مؤسسات القطاع الخاص ضمن خطط إستراتيجية لتلبية احتياجات السوق المتغيرة.	2.909	
١٣	يقوم مقدموا الخدمة العلاجية في القطاع الخاص بعملية تسويق وترويج مناسبة للسياحة العلاجية.	2.736	
١٤	تلعب الجمعيات العاملة في مجال السياحة(جمعية وكلاء السياحة والسفر، الجمعية الأردنية للسياحة الوافدة، جمعية الفنادق الأردنية) أدوارا ايجابية في تطوير السياحة العلاجية.	2.697	
٧	تعمل وزارتي الصحة والسياحة بتنسيق عال لدعم وتطوير السياحة العلاجية.	2.483	غير موافق
٥	تقوم وزارة الخارجية من خلال سفاراتنا في الخارج بالترويج الكافي للسياحة العلاجية في الأردن.	2.473	
٢	قانون الضرائب يعمل على تنشيط وتطوير السياحة العلاجية.	2.085	

الفصل السابع

نتائج التحليل النوعي

يتناول هذا الفصل نتائج تحليل سوات للسياحة العلاجية في الأردن ،كذلك سيتم عرض ما توصلت إليه الدراسة من كشف وتحليل لعلاقات التشبيك في المؤسسات العلاجية في الأردن .

٧-١ تحليل سوات

للإجابة على التساؤل الثامن من تساؤلات الدراسة والمتعلق بنقاط القوة والضعف وكذلك بالفرص والتهديدات للسياحة العلاجية في الأردن كما تراها الأطراف ذات العلاقة وقد وجه السؤال للأطراف الثلاثة (مدراء المستشفيات، لأطباء، الجهات الراعية)، وعلى الرغم من وجود بعض التباينات البسيطة بين آراء الأطراف الثلاثة، إلا إن معظم النقاط جاءت متشابهة، وتم فرز النقاط الأكثر أهمية حسب رأي (الأطباء، الهيئات والجمعيات الراعية، إدارة المستشفيات) وكان من بين أهم تلك النقاط:

٧-١-١ نقاط القوة :

أشارت عينة الدراسة إلى مجموعة من نقاط القوة في السياحة العلاجية في الأردن، ومن أهم تلك النقاط :

- الكفاءة التي يتمتع بها الأطباء الأردنيون والسمعة الحسنة لهم على المستوى الإقليمي.
- عوامل الأمن والاستقرار التي يتمتع بها الأردن، تعتبر دعامة رئيسة للسياحة العلاجية.
- وجود مجموعة من المستشفيات المؤهلة والمتطورة والتي حصلت على مجموعة من الجوائز المحلية والإقليمية والدولية، وجزء منها حاصل على الاعتمادية الدولية هي واحدة من أبرز نقاط القوة في السياحة الطبية في الأردن.
- نبهت إدارات المستشفيات وعينة الأطباء إلى أهمية المهن المساندة والكوادر التمريضية كأحد نقاط القوة للسياحة الطبية في الأردن.
- أكدت إدارة المستشفيات وعينة الأطباء على أن التاريخ الطبي والسمعة الحسنة للطب في الأردن هو من عوامل القوة للسياحة العلاجية في الأردن.

وبلا أدنى شك لا نستطيع إغفال منظومة التعليم الأردني ومخرجاتها كبيئة حاضنة وداعمة ومصدر رئيس يغذي حاجة المستشفيات الأردنية والعربية بالكفاءات العلمية. فعدد كبير من الأطباء الأردنيين وكذلك المهن الطبية المساندة هم من خريجي الجامعات والمعاهد الأردنية.

والجدول رقم(٧٨) يبين أهم نقاط القوة حسب رأي الأطراف الثلاث (مدراء المستشفيات، لأطباء، الجهات الراعية) مبيناً التكرار الذي حصلت عليه كل من تلك النقاط ونسبتها المئوية، لكل من العينات الثلاث.

الجدول ٧٨. نتائج تحليل سوات (نقاط القوة) حسب رأي (مدراء المستشفيات، لأطباء، الجهات الراعية).

الرقم	نقاط القوة	الأطباء		الهيئات والجهات الراعية		إدارة المستشفيات	
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
١	كفاءة الأطباء	١٢٨	%٦٦,٣	٢٦	%٦٦,٧	٢٧	%٧٧,١
٢	الأمن والاستقرار في الأردن	١١١	%٥٧,٥	٢٨	%٧١,٨	٢٧	%٧٧,١
٣	المستشفيات المؤهلة المتطورة	٩٤	%٤٨,٧	٢٣	%٥٨,٩	٢٨	%٨٠
٤	كفاءة خدمات التمريض	٧٨	%٤٠,٤	-	-	٢٣	%٦٥,٧
٥	التاريخ الطبي والسمعة الحسنة	٧٤	%٣٨,٣	١٠	%٢٥,٦	٢٤	%٦٨,٦
٦	التنوع في التخصصات الطبية	٦٧	%٣٤,٧	-	-	١٩	%٥٤,٣

المصدر: الباحث، المسح الميداني

٧-١- ٢ نقاط الضعف:

على الرغم من وجود بعض الاختلافات بين إجابات فئات مجتمع الدراسة، إلا أن نقاط الضعف كما يراها (الأطباء، الهيئات والجهات الراعية، إدارة المستشفيات) بشكلها العام تركزت على مجموعة من النقاط الرئيسة، يمكن إجمالها بما يلي:

- أظهرت نتائج الدراسة أن تسويق المنتج الأردني يعاني من ضعف وعشوائية في طرائق التسويق وهذا ما يحد من قدرة المنتج الأردني من الوصول إلى أسواق جديدة.
- أكدت الأطراف الثلاث، أن أسعار الرعاية الصحية في الأردن تتصف بالغلاء، إذا ما قورنت بأسواق منافسة في المنطقة، وهذا من شأنه أن يشكل خطر على مستقبل السياحة الطبية في الأردن.
- ارتفاع تكاليف المعيشة بالأردن بشكل عام، وفي العاصمة عمان بشكل خاص؛ بما يشمل أسعار الإقامة وتكاليف الطعام والشراب والنقل.
- عدم وجود قانون للمساءلة الطبية في الأردن.
- أشارت إدارة المستشفيات وعينة الأطباء، إلى أن عدم وجود تصنيف للمستشفيات يعتبر أحد عوامل الضعف للسياحة الطبية في الأردن.
- الوسطاء والمنافسة غير الشريفة.

والجدول رقم(٧٩) يبين أهم نقاط الضعف حسب رأي الأطراف الثلاث (مدراء المستشفيات، الأطباء، الجهات الراعية) مبيناً التكرار الذي حصلت عليه كل من تلك النقاط ونسبتها المئوية، لكل من العينات الثلاث.

الجدول ٧٩. نتائج تحليل سوات (نقاط الضعف) حسب رأي (مدراء المستشفيات، لأطباء، الجهات الراعية)

الرقم	نقاط الضعف	الأطباء		الهيئات والجهات الراعية		إدارة المستشفيات	
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
١	ضعف وعشوائية التسويق	١٢٢	%٦٣,٢	١٨	%٤٦,٢	٢٢	%٦٢,٨
٣	ارتفاع أسعار العلاج	٩٢	%٤٧,٧	٢٤	%٦١,٥	١٨	%٥١,٤
٢	ارتفاع تكاليف المعيشة	١٠٩	%٥٦,٥	٢٤	%٦١,٥	٢٠	%٥٧,١
٤	عدم وجود قانون المساءلة الطبية	٨٩	%٤٦,١	١٥	%٣٨,٥	١٨	%٥١,٤
٥	عدم وجود نظام للتصنيف	٦٥	%٣٣,٧	-	-	١٤	%٤٠
٦	الوسطاء والمنافسة غير الشريفة	٤٥	%٢٣,٣	١٣	%٣٣,٤	١٣	%٣٧,١

المصدر: الباحث، المسح الميداني

٧-١-٣ الفرص:

أظهرت نتائج الدراسة، وجود مجموعة من الفرص الواجب استغلالها، للنهوض بالسياحة العلاجية في الأردن، ومن أهم تلك الفرص:

- إقامة الشراكات والتحالفات بين المؤسسات المقدمة للرعاية الطبية
- البحث عن أسواق جديدة .
- تفعيل دور السفارات الأردنية في الخارج .
- وضع خطط تسويق مشترك للمؤسسات العلاجية.
- وأشار الأطباء وإدارة المستشفيات إلى ضرورة الانتقال إلى توفير الرزم المتكاملة من العلاج.
- المحافظة على الموارد البشرية العاملة في الحقل الصحي.

والجدول رقم(٨٠) يبين أهم الفرص حسب رأي الأطراف الثلاث (مدراء المستشفيات، الأطباء، الجهات الراعية) مبيناً التكرار الذي حصلت عليه كل من تلك النقاط ونسبتها المئوية، لكل من العينات الثلاث.

الجدول ٨٠. نتائج تحليل سوات (الفرص) حسب رأي (مدراء المستشفيات، لأطباء، الجهلت الراعية).

الرقم	الفرص	الأطباء		الهيئات والجهات الراعية		إدارة المستشفيات	
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
١	أقامة الشراكات والتحالفات	٩١	%٤٧,١	٦	%١٥,٤	٢٢	%٦٢,٨
٢	البحث عن أسواق جديدة	٦٢	%٣٢,١	٢٩	%٧٤,٤	١٩	%٥٤,٣
٣	تفعيل دور السفارات في الخارج	٥٦	%٢٩	٨	%٢٠,٥	٢٦	%٧٤,٢
٤	وضع خطط تسويق مشترك	٤٨	%٢٤,٨	٢١	%٥٣,٨	١٨	%٥١,٤
٥	توفير رزم متكاملة	٣٨	%١٩,٧	-	-	٦	%١٧,١
٦	تطوير الموارد البشرية	٣٦	%١٨,٦	١٨	%٤٦,٢	٨	%٢٢,٨

المصدر: الباحث، المسح الميداني

٧-١-٤ التهديدات:

أظهرت نتائج الدراسة وجود مجموعة من التهديدات للسياحة الطبية في الأردن، ومن خلال نتائج الدراسة، يظهر وجود انسجام كبير بين إجابات الأطراف الثلاث (الأطباء، الهيئات والجهات الراعية، إدارة المستشفيات)، وربما يعزى ذلك إلى وضوح هذه التهديدات وانعكاساتها المباشرة على أرض الواقع، ومن أبرز التهديدات للسياحة العلاجية ما يلي:

- هجرة الكفاءات الطبية خارج الأردن.
- الأسواق المنافسة.
- الظروف السياسية في المنطقة واستمرار الاضطرابات في الأسواق المصدرة.
- الاستغلال الذي يتعرض له المريض الوافد وعدم وجود رقابة فعلية من قبل الحكومة، هي من أبرز التهديدات التي تهدد السياحة الطبية في الأردن،
- عدم وجود خطة إستراتيجية معلنة للسياحة الطبية.

والجدول رقم(٨١) يبين أهم التهديدات حسب رأي الأطراف الثلاث (مدراء المستشفيات، الأطباء، الجهات الراعية) مبيناً التكرار الذي حصلت عليه كل من تلك النقاط ونسبتها المئوية، لكل من العينات الثلاث.

الجدول ٨١. نتائج تحليل سوات (التهديدات) حسب رأي (مدراء المستشفيات،الأطباء، الجهات الراعية).

الرقم	التهديدات	الأطباء		الهيئات والجهات الراعية		إدارة المستشفيات	
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
١	هجرة الكفاءات	١٢٥	%٦٤,٧	٢٨	%٧١,٨	٢٨	%٨٠
٢	نشوء أسواق منافسة	١١٣	%٥٨,٥	٢٢	%٥٦,٤	٢٦	%٧٤,٣
٣	الظـروف السياسـية فـي المنطقة	٩٧	%٥٠,٢	١٨	%٤٦,٢	٢٣	%٦٥,٧
٤	الاستغلال وعدم وجود الرقابة	٨١	%٤١,٩	١٩	%٤٨,٧	١٦	%٤٥,٧
٥	عـدم وجـود خطـة إستراتيجية معلنة	٤٩	%٢٥,٤	١٤	%٣٥,٩	١٩	%٥٤,٣
٦	ضعف الاستثمارات	٢٢	%١١,٤	٩	%٢٣,١	١٤	%٤٠

المصدر: الباحث، المسح الميداني

والجدول رقم(٨٢) يبين النتائج النهائية لتحليل سوات والتي تشمل مجموعة نقاط القوة ونقاط الضعف والفرص والتهديدات للسياحة العلاجية في الأردن، اعتماداً على الجداول (٧٨، ٧٩، ٨٠، ٨١)، والتي تم مناقشتها بشكل تفصيلي فيما سبق، بناءً على إجابات إدارة المستشفيات والأطباء والهيئات والجهات الراعية، من خلال الاستبانه ومن خلال المقابلات الشخصية التي أجراها الباحث.

الجدول ٨٢. نتائج تحليل سوات للسياحة العلاجية في الأردن.

نقاط القوة	نقاط الضعف
كفاءة الأطباء	ضعف وعشوائية التسويق
الأمن والاستقرار في الأردن	ارتفاع أسعار العلاج
المستشفيات المؤهلة المتطورة	ارتفاع تكاليف المعيشة
كفاءة خدمات التمريض	عدم وجود قانون المساءلة الطبية
التاريخ الطبي والسمعة الحسنة	عدم وجود نظام للتصنيف
التنوع في التخصصات الطبية	الوسطاء والمنافسة غير الشريفة
الفرص	**التهديدات**
أقامة الشراكات والتحالفات	هجرة الكفاءات
البحث عن أسواق جديدة	نشوء أسواق منافسة
تفعيل دور السفارات في الخارج	الظروف السياسية في المنطقة
وضع خطط تسويق مشترك	الاستغلال وعدم وجود الرقابة
توفير رزم متكاملة	عدم وجود خطة إستراتيجية معلنة
تطوير الموارد البشرية	ضعف الاستثمارات

المصدر: الباحث، المسح الميداني

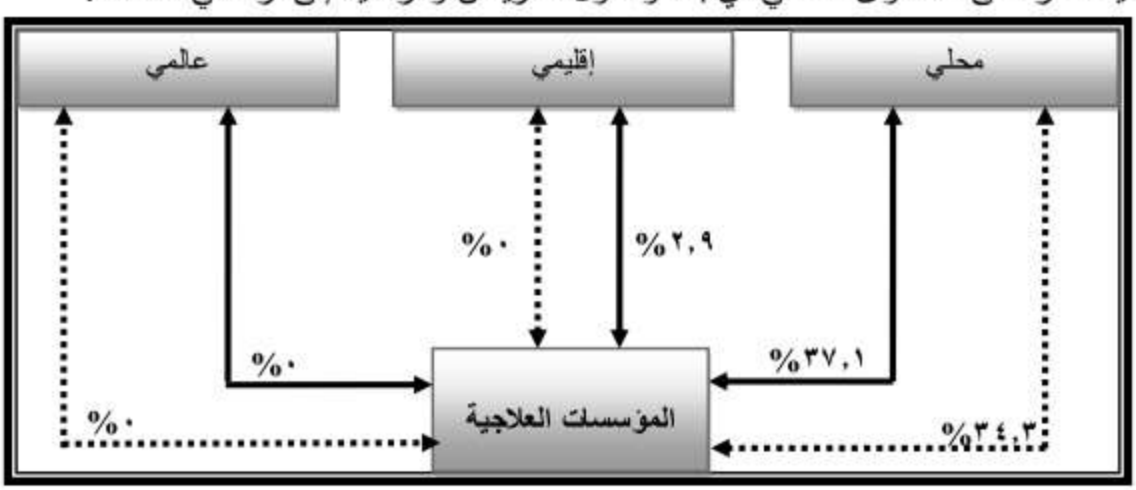
٧-٢ أشكال وأنماط علاقات التشبيك في المؤسسات العلاجية في الأردن

تم في هذا الجانب دراسة علاقات التشبيك بين المؤسسات العلاجية ومجموعة من الأطراف ذات العلاقة، والتي من شأنها أن تزيد من فرص النجاح، والارتقاء بالخدمات من الناحية الكمية والنوعية، وتسهيل سبل الوصول إلى الأسواق الخارجية، وبسبب محدودية المعلومات التي استطاع الباحث الوصول إليها في هذا الجانب، بسبب عدم إعطاء إجابات كافية من قبل إدارة المستشفيات أو بسبب تحفظ بعض الأطراف عن إعطاء معلومات كمية، عن مقدار الفوائد الناتجة عن تلك العلاقات، فقد اكتفى الباحث بما توصل إليه من نتائج لتلك العلاقات، حسب إجابات إدارة المستشفيات والتي تمثلت في بعدين هما الإطار الرسمي والبعد الجغرافي لتلك العلاقات.

٧-٢-١ علاقات التشبيك مع الفنادق والشقق المفروشة.

أظهرت نتائج المسح أن هناك (٥٠%) من المؤسسات العلاجية كان لها شراكات رسمية وغير رسمية مع الفنادق والشقق المفروشة، وكما تم الإشارة سابقاً فإن وجود المرافقين وطول فترة الإقامة في الغالب هما من سمات السياحة الطبية وبالتالي فإن تأمين السكن بأسعار مناسبة ومكان قريب للمستشفى يعطي انعكاس إيجابي للمستهلك وأرباح إضافية للمستشفى.

ومن خلال الشكل (٩) فإننا نلاحظ أن (٣٧,١%) من المؤسسات تقيم شراكات رسمية مع فنادق وشقق مفروشة داخل الأردن في حين تنخفض على المستوى الإقليمي وتنعدم نهائياً على المستوى العالمي.أما على المستوى غير الرسمي فإن (٣٤,٣%) من المستشفيات لها علاقات شراكة على المستوى المحلي وتنعدم على المستويين الإقليمي والعالمي. وبالتالي فإن التركيز ينحصر على المستوى المحلي أي بعد وصول المريض ومرافقيه إلى أراضي المملكة.



الشكل ٩. شبكة العلاقات بين المؤسسات العلاجية و(الفنادق والشقق المفروشة)

______ علاقات رسمية

.... علاقات غير رسمية

٧-٢-٢ علاقات التشبيك بين المستشفيات والمراكز الطبية

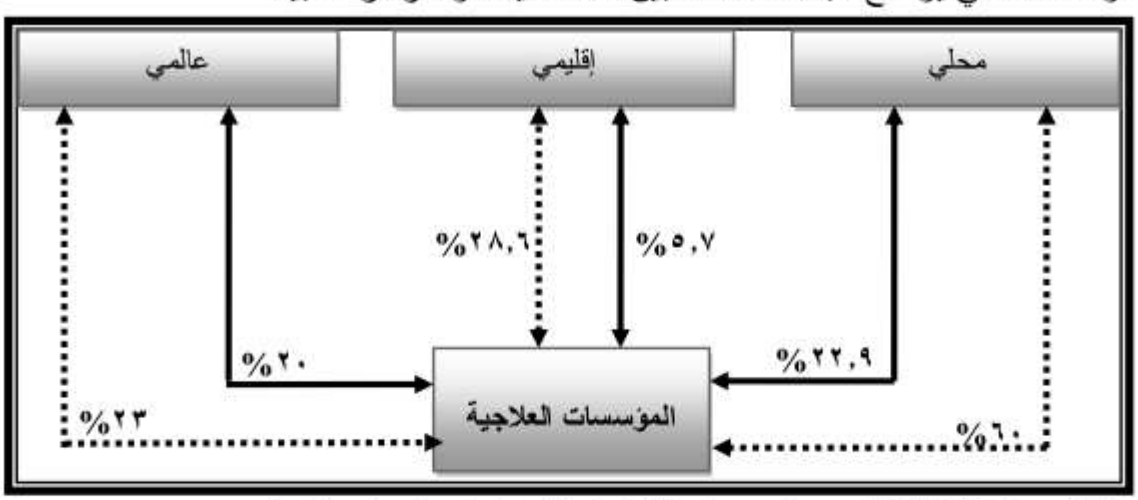
بحث الجانب الثاني علاقات التشبيك بين المستشفيات والمراكز الطبية، وبدون أدنى شك، أن ما تستطيع عمله مجموعة أطراف أكبر بكثير مما يستطيع فعله طرف واحد، فالتحالفات تعطي قوة إضافية وتعمل على توسيع نطاق الوصول إلى شريحة أكبر، ويمكن لمجموعة من المؤسسات الصغيرة من خلال التحالفات تطوير قدراتها وزيادة فرص الوصول والمنافسة على المستوى الإقليمي والدولي.

وأظهرت نتائج الدراسة أن هناك (٦٨,٥%) من المؤسسات العلاجية تقيم علاقات تشبيك مع مستشفيات ومراكز طبية سواء بإطار رسمي أم غير رسمي وعلى المستويات المحلية والإقليمية والعالمية كافة، وتباينت الأسباب والدوافع وراء هذه العلاقات، فإدارات المستشفيات أشارت إلى مجموعة من الأسباب بعد أن تم توجيه تساؤل عن سبب سعي المؤسسة لإقامة علاقات تشبيك مع مؤسسات أخرى تعمل في نفس المجال (الجانب الطبي) للتعرف على اتجاهات مدراء المؤسسات العلاجية على إقامة مثل هذه الشراكات فكانت إجاباتهم على النحو الآتي:

- نعم، نسعى لإقامة علاقات شراكة مع مؤسسات وأطراف أخرى تعمل في نفس المجال وأجاب عليها (٦٨,٥%) من أفراد العينة، أما الأسباب التي تدفعهم لإقامة مثل هذه العلاقات فكانت متجانسة إلى حد كبير وتركزت على النقاط الآتية:

  - ☒ الإسهام في نقل الخبرات وتبادل المعرفة.
  - ☒ تساعد على الوصول إلى الأسواق.
  - ☒ تساعد على زيادة الأرباح.
  - ☒ تساعد على زيادة القدرة التنافسية محلياً وإقليميا.

والشكل الآتي يوضح شبكة العلاقات بين المستشفيات والمراكز الطبية



الشكل ١٠. شبكة العلاقات بين المؤسسات العلاجية والمستشفيات والمراكز الطبية.

________ علاقات رسمية

.... علاقات غير رسمية

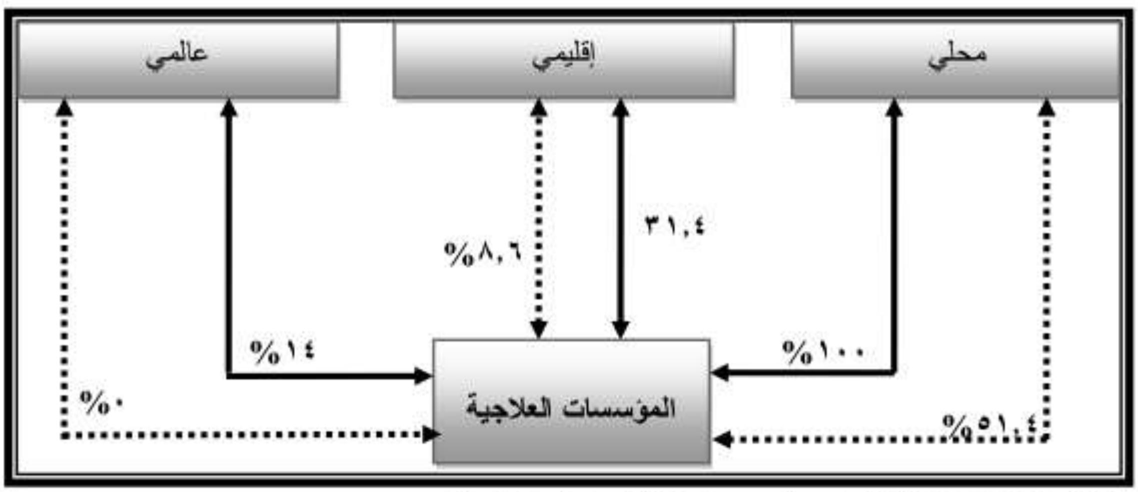
ومن خلال الشكل (١٠) يتضح ما يأتي:

- (٢٢,٩%) من المستشفيات من أفراد العينة أقاموا علاقات تشبيك رسمية مع مستشفيات من داخل الأردن وترتفع النسبة إلى (٦٠%) في إطار العلاقات غير الرسمية.
- يظهر ضعف واضح في شبكة العلاقات الرسمية على المستوى الإقليمي فقد وصلت إلى (٥,٧%) فقط أما في الإطار غير الرسمي فقد وصلت إلى (٢٨,٦%)،وكانت الغايات الرئيسة من هذه الاتفاقيات في معظمها الوصول إلى الأسواق الإقليمية المستهدفة وزيادة الحصة السوقية.
- (٢٠%) من المستشفيات من أفراد العينة أقاموا علاقات تشبيك رسمية مع مستشفيات عالمية وارتفعت النسبة إلى (٢٣%) على المستوى غير الرسمي. ومن خلال سجل الملاحظات والمقابلات الشخصية التي أجراها الباحث فإن معظم هذه الاتفاقيات تخص المستشفيات الناشطة في مجال السياحة العلاجية وكانت الغاية الرئيسة من هذه الاتفاقيات نقل الخبرة والمعرفة.

وبشكل عام يمكن ملاحظة أن شبكة العلاقات غير الرسمية هي أقوى من شبكة العلاقات الرسمية على المستوى المحلي والإقليمي والعالمي، إضافة إلى أن فكرة التشبيك موجودة لدى المؤسسات الناشطة في مجال السياحة العلاجية والتي تسعى بشكل مستمر إلى المنافسة على المستوى الإقليمي والعالمي.

٧-٢-٣ شبكة العلاقات بين المؤسسات العلاجية وشركات التأمين

يسعى العديد من الأفراد للحصول على أفضل خدمات علاجية وبأسعار مناسبة، وهذا ما يمكن تحقيقه من خلال شركات التأمين. من خلال التأمين الاختياري للأفراد أو من خلال مواقع العمل التي يعملون فيه، وبالتالي تصبح شركات التأمين وحسب قدراتها وعدد المشتركين إحدى القنوات الرئيسة الموجهة للرعاية الصحية، ومن هنا تأتي أهمية فتح القنوات بين المستشفيات وشركات التأمين، والتي يمكن أن تتكفل بنفقات لا يستطيع الأفراد الالتزام والوفاء بها. والشكل التالي يبين حجم العلاقات بين المستشفيات وشركات التأمين المحلية والإقليمية والعالمية.



الشكل ١١. شبكة العلاقات بين المؤسسات العلاجية وشركات التأمين
________ علاقات رسمية
.... علاقات غير رسمية

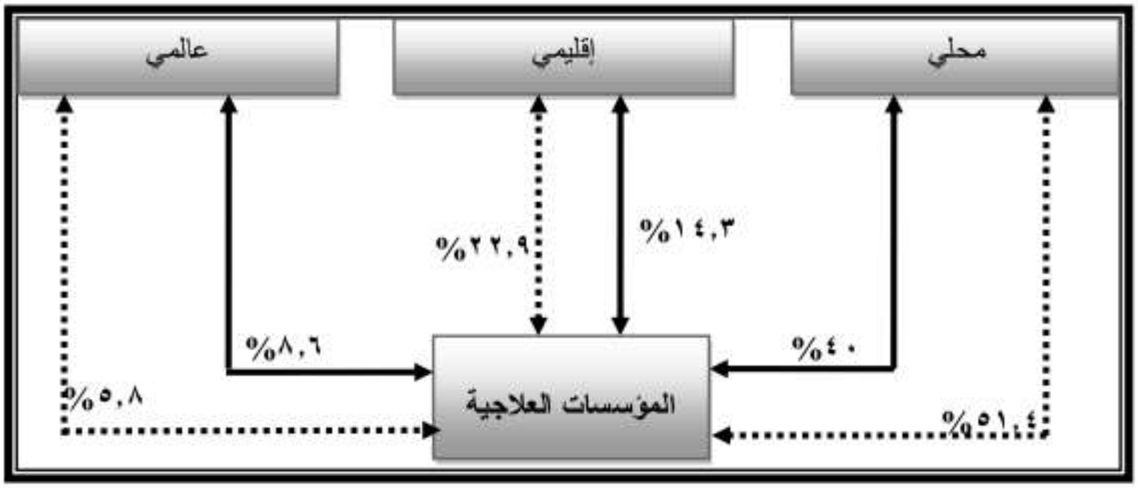
من خلال الشكل (١١) يتبين أن(١٠٠%) من المؤسسات العلاجية تقيم علاقات تشبيك مع شركات التأمين المحلية وبإطار رسمي وهذا يساعد جميع المستشفيات ويساعدها على الحد الأدنى من الاستمرارية في العمل وتقديم الخدمات، وتنخفض هذه النسبة إلى (٥١,٤%) على المستوى غير الرسمي.

أما على المستوى الإقليمي فإن (٣١,٤%) من المؤسسات العلاجية أقامت علاقات تشبيك رسمية مع شركات تأمين إقليمية وتنخفض النسبة على المستوى غير الرسمي لتصل فقط إلى (٨,٦%) وأشار العديد من المدراء الذين تمت مقابلتهم إلى أن جزءً كبيراً ممن يتلقون العلاج من الدول العربية يأتون ضمن اتفاقيات رسمية أو غير رسمية تكون موقعة مع عدة جهات من ضمنها شركات التأمين.

أما على المستوى الدوليّ فأن النسبة تصل إلى (١٤%) على المستوى الرسمي وتنعدم بشكل كلي على المستوى غير الرسمي.

٧-٢-٤ شبكة العلاقات بين المؤسسات العلاجية ووسائل الإعلام

تظهر أهمية وسائل الإعلام (المقروء والمسموع) كواحدة من أهم القنوات التسويقية، والتي تسعى المؤسسات لفتح قنوات اتصال معها لتساعدها في إيصال رسالتها إلى جميع متلقي الخدمة. والشكل (١٠) يوضح شبكة العلاقات بين المؤسسات العلاجية ووسائل الإعلام بإطارها الرسمي وغير الرسمي وبأبعادها الثلاثة المحلية والإقليمية والعالمية.



الشكل ١٢ . شبكة العلاقات بين المؤسسات العلاجية ووسائل الإعلام.

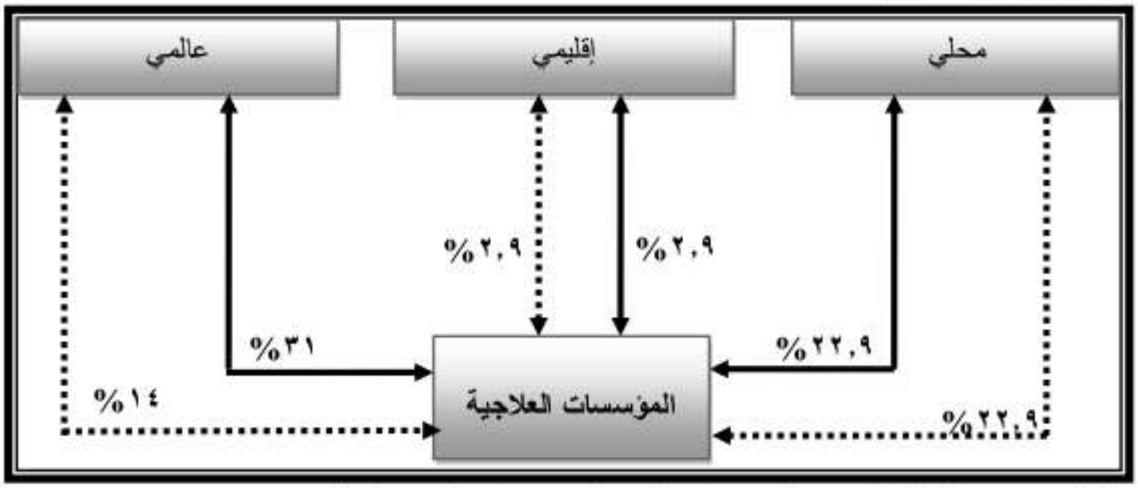
_______ علاقات رسمية

.... علاقات غير رسمية

يوضح الشكل (١٢) شبكة العلاقات بين المؤسسات العلاجية ووسائل الإعلام المختلفة ويظهر من خلال الشكل أن (٤٠%) فقط من المؤسسات العلاجية تقييم علاقات رسمية مع وسائل الإعلام المحلية، وترتفع هذه النسبة إلى (٥١,٤%) على المستوى غير الرسمي، وتتراجع هذه النسب على المستوى الإقليمي وعلى المستوى الدولي فعلى المستوى الإقليمي هناك (١٤,٣%) من المؤسسات العلاجية لها علاقات تشبيك مع وسائل إعلام بشكل رسمي و (٢٢,٩%) من المؤسسات تقييم علاقات بإطار غير رسمي، وتتراجع إلى أكثر من ذلك على المستوى الدولي فوصلت النسبة إلى (٨,٦%) على المستوى الرسمي و(٥,٨%) على المستوى غير الرسمي. وهذا مؤشر على حالة من الضعف العام في المؤسسات العلاجية ومدى اهتمامها بالجانب التسويقي،ضمن إطار علمي مخطط ومبرمج.

٧-٢-٥ العلاقات بين المؤسسات العلاجية ومؤسسات البحث والتطوير

حاول هذا الجانب التعرف على مدى التعاون بين المستشفيات ومؤسسات البحث والتطوير، والشكل الآتي يبين نسب المستشفيات التي تقيم علاقات مع مؤسسات البحث والتطوير، المحلية والإقليمية والعالمية.



الشكل ١٣. شبكة العلاقات بين المؤسسات العلاجية ومؤسسات البحث والتطوير

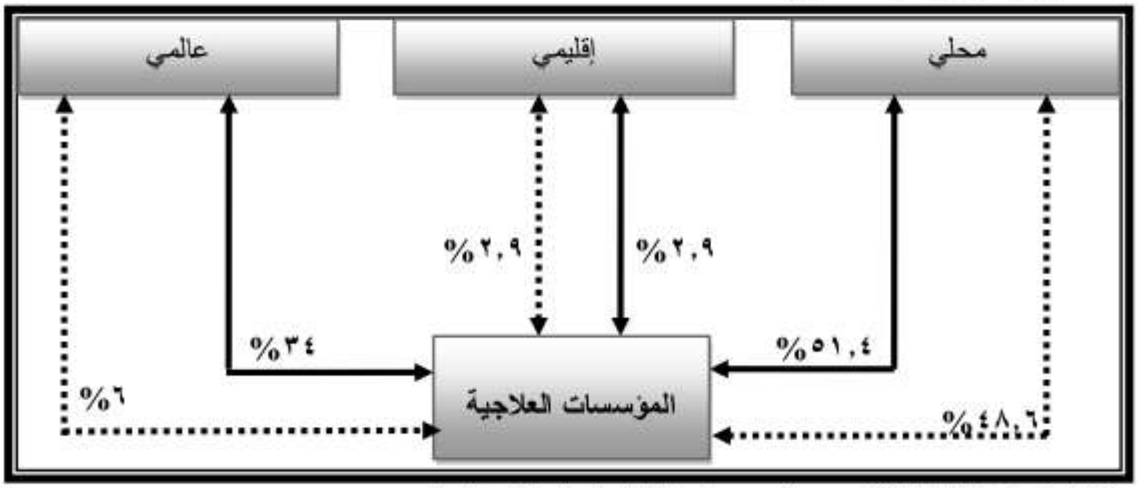
________ علاقات رسمية

.... علاقات غير رسمية

يوضح الشكل (١١) شبكة العلاقات بين المؤسسات العلاجية ومؤسسات البحث العلمي ونلاحظ من الشكل أن هذه العلاقات ضعيفة بشكلها العام، وإنها تركزت على المستوى المحلي والدولي فعلى المستوى المحلي نجد أن (٢٢,٩%) من المؤسسات أقامت علاقات تشبيك بشكلها الرسمي وكذلك الحال بالنسبة للعلاقات غير الرسمية فيما تنخفض هذه النسبة على المستوى الإقليمي وبشقيها الرسمي وغير الرسمي إلى (٢,٩%) ثم ترتفع على المستوى الدولي لتصل إلى (٣١%) بشكلها الرسمي و(١٤%) بشكلها غير الرسمي

٧-٢-٦ العلاقات بين المؤسسات العلاجية وشركات الدواء

حاول هذا الجانب التعرف على علاقات التشبيك بين المستشفيات وشركات الأدوية، المحلية والإقليمية والعالمية، والشكل التالي يبين نسب المستشفيات التي تقيم علاقات مع شركات الأدوية، المحلية والإقليمية والعالمية.



الشكل ١٤. شبكة العلاقات بين المؤسسات العلاجية وشركات الدواء.

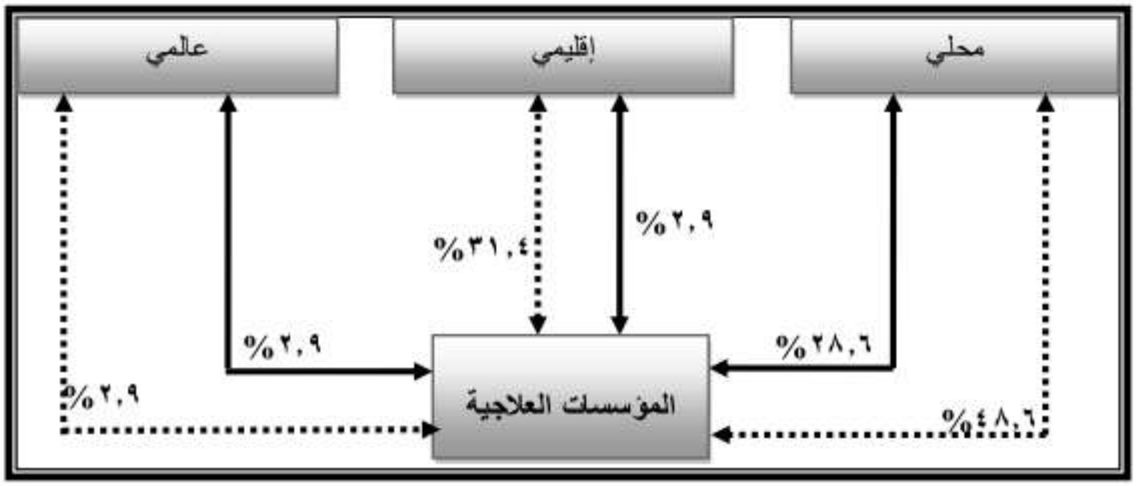
________ علاقات رسمية

.... علاقات غير رسمية

يبين الشكل (١٤) شبكة العلاقات بين المؤسسات العلاجية وشركات الدواء، ويلاحظ من الشكل أن (٥١,٤%) من المؤسسات من أفراد العينة تقييم علاقات تشبيك مع شركات الأدوية بشكلها الرسمي على المستوى المحلي في حين أن (٤٨,٦%) لها علاقات بشكل غير رسمي، ولكن بالإطار العام فإن جميع المؤسسات من أفراد العينة كان لها علاقات تشبيك بشكل رسمي أو غير رسمي مع شركات الدواء، وهذه النسب تنخفض بشكل كبير على المستوى الإقليمي وتصل إلى (٢,٩%)، أما على المستوى الدولي فإن علاقات التشبيك مع شركات الدواء تبدو أكبر، فهناك (٣٤%) من المؤسسات العلاجية لها اتفاقيات مع شركات دواء عالمية و(٦%) بشكل غير رسمي.

٧-٢-٧ شبكة العلاقات بين المؤسسات العلاجية ومنظمي رحلات السياحة والسفر

حاول هذا الجانب الكشف عن وجود أية علاقات بين المستشفيات الأردنية مع منظمي رحلات السياحة والسفر، والشكل التالي يبين نسب المستشفيات التي أقامت علاقات تشبيك مع منظمي رحلات السياحة والسفر.



الشكل ١٥. شبكة العلاقات بين المؤسسات العلاجية ومنظمي رحلات السياحة والسفر

______ علاقات رسمية

.... علاقات غير رسمية

يوضح الشكل (١٥) شبكة العلاقات بين المؤسسات العلاجية ومنظمي الرحلات السياحية ويتضح من خلال الشكل أن هناك (٢٨,٦%) من المؤسسات العلاجية يقيمون علاقات رسمية مع منظمي رحلات السياحة والسفر على المستوى المحلي وترتفع النسبة لتصل إلى (٤٨,٦%) من أفراد العينة في الإطار غير الرسمي.

أما على المستوى الإقليمي فإن هناك فقط (٢,٩%) يقيمون علاقات في الإطار الرسمي وترتفع النسبة بشكل كبير في الإطار غير الرسمي لتصل إلى (٣١,٤%) أما على المستوى الدولي فهي ضعيفة جداً ولا تتجاوز (٢,٩%) على المستويين الرسمي وغير الرسمي.

الفصل الثامن

مناقشة النتائج والتوصيات

تناولت الدراسة عدد من الفئات لغايات تقييم واقع السياحة العلاجية في الأردن ولتحقيق نظره شمولية وتكاملية وشملت هذه الفئات (المستشفيات، المنتجعات الطبيعية، الأطباء، الهيئات والجهات الراعية، متلقو الخدمات الطبية والاستشفائية) وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، سيتم عرضها ومناقشتها بناءاً على الفئات الفرعية والمحاور الرئيسة التي تمت دراستها:

٨-١ الفئات الرئيسة

٨-١-١ المستشفيات.

١. أظهرت نتائج الدراسة أن (٧٧,١%) من المستشفيات العاملة تقدم خدماتها العلاجية لكافة الأمراض وغير مختصة في جانب واحد من العلاج، كما أظهرت الدراسة انخفاض نسبة المستشفيات الحاصلة على الاعتمادية الدولية، فقد بلغت نسبتهم(٢٢,٩%) فقط من مجموع المستشفيات العاملة.
٢. أظهرت نتائج الدراسة أن (٦٢,٩%) من المؤسسات العلاجية لديها أكثر من إستراتيجية للتنافس، وبينت النتائج أن المؤسسات التي امتلكت أكثر من إستراتيجية للتنافس كان لديها القدرة الأكبر في الحصول على مرضى من الخارج.
٣. تبين أن (٥١,٤%) من المؤسسات العلاجية كان لديها القدرة على المنافسة على المستوى الإقليمي والدولي في حين أن هناك(٤٠%) من المؤسسات العلاجية تقتصر قدراتها التنافسية فقط على مستوى العاصمة عمان، كما أظهرت النتائج أن (٥٤,٣%) من المستشفيات تستقبل حالات من خارج الأردن لشكل رئيس لتلقي العلاج.
٤. بينت نتائج الدراسة أن (٢٠%) من المؤسسات العلاجية تعتمد بشكل كبير على الإيرادات المتأتية نتيجة الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية، وشكل الطلب الخارجي للبعض منها أكثر من ٧٠% من حجم الإيرادات الإجمالية.

٨-١-٢ متلقو الخدمة للسياحة الطبية:

١. بينت نتائج الدراسة أن أكثر الجنسيات طلباً للخدمات العلاجية هم من الجنسيات السودانية والسعودية والعراقية، في حين شهدت أعداد المراجعين تراجعاً في الجنسيات اليمنية والليبية ويمكن أن يعزى ذلك للأوضاع السياسية في تلك البلدان أثناء إجراء الدراسة.

٢. أظهرت نتائج الدراسة أن معظم متلقو الخدمة في المرحلة العمرية من (٤٠-٥٩) سنه كما أظهرت النتائج إن (٩٧,٥%) من متلقي الخدمات العلاجية كان لديهم مرافق أو أكثر وبلغ متوسط عدد المرافقين (١,٨٢٥) لكل مريض.

٣. أظهرت نتائج الدراسة أن معظم متلقو الخدمة من المستوى التعليمي (أقل من الثانوية) وشكلت هذه الفئة ما نسبته (٤٥,٥%)، تلتها فئة الحاصلين على الثانوية العامة بنسبة (٢٢,٥%) ويمكن أن يعزى هذا إلى أمرين: الأول المستوى التعليمي في الدول الأساسية المصدرة للسياحة الطبية للأردن وتحديداً بين فئة الإناث، والأمر الثاني فهو متعلق بالفئات العمرية التي تطلب السياحة الطبية حيث شكلت الفئات العمرية التي تزيد عن (٤٠ سنة) ما نسبته (٥٩%) من أفراد عينة الدراسة.

٤. معظم أفراد العينة (٤٩,٥%) بلغت معدلات الدخل الشهري أقل من (١٠٠٠) دولار وهو انعكاس للأوضاع الاقتصادية ومستويات الدخل في الدول الرئيسة المرسلة للسياحة الطبية للأردن.

٥. أظهرت النتائج ارتفاع متوسط مدة إقامة متلقي الخدمات العلاجية حيث بلغت (١٣,٥٤) يوماً وهو أعلى بكثير إذا ما قورن بطول فترة إقامة السائح العادي.

٦. بينت الدراسة أن الغالبية العظمي من متلقي الخدمة ومرافقيهم يفضلون الإقامة في الشقق الفندقية. وقد بلغت نسبتهم (٧٣%) في حين جاءت الفنادق كخيار ثاني بنسبة (١٥,٥%)، واختار (١١,٥%) من أفراد العينة بيوت الأصدقاء والأقارب كمكان لإقامتهم، ويعد اختيار الشقق المفروشة خيار منطقي لمتلقي الخدمات العلاجية، وذلك بسبب طول فترة الإقامة كما تم الإشارة إليه سابقاً، حيث بلغ متوسط فترة الإقامة حوالي (١٣,٥) يوماً، إضافة إلى وجود المرافقين، مما يجعل الشقق المفروشة خياراً أكثر ملاءمة من الناحية الاقتصادية لمتلقي الخدمة، كذلك أشار عدد من متلقي الخدمة أصحاب الدخل المرتفع في أثناء المقابلات الشخصية التي كان يجريها الباحث أثناء مرحلة العمل الميداني ملاءمة الشقق بشكل أكبر وأكثر مواءمة لطبيعة وثقافة الأسرة العربية

٧. بينت نتائج الدراسة أهمية دور شبكات العلاقات الاجتماعية والكلمة المنقولة في اختيار المستشفى، فقد صرح (٣٠%) من أفراد العينة بأن طريقة الاختيار للمستشفى جاءت عن طريق الأصدقاء والأقارب، في حين جاءت توصية الأطباء في البلد الأصل في المرتبة الثانية والجهات الحكومية في المرتبة الثالثة. كما أظهرت الدراسة انخفاض فاعليّة المواقع الإلكترونية للمستشفيات والإعلانات والحملات التسويقية، التي تقوم بها المستشفيات في جذب المرضى من الخارج حيث شكلت المواقع الإلكترونية والإعلانات فقط ما نسبته (٤,٥%) من مجمل أفراد العينة الذين تعرفوا على المستشفيات والخدمات العلاجية المقدمة من خلال هذه الوسائل.

وجميع النتائج السابقة تأتي منسجمة مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة التي أجريت على السياحة العلاجية في الأردن كدراسة مشريش (٢٠٠٨)، النسور(٢٠٠٨)، وزارة التخطيط (٢٠٠٤)، مقابلة (٢٠٠٢)، معايعة (١٩٩٥)، باستثناء ما يتعلق بجنسيات المرضى وتم الإشارة فيما سبق إلى أن الأوضاع السياسية في ليبيا واليمن انعكست على تراجع أعداد المرضى من تلك الدول وفي ذات الوقت عملت الظروف الاقتصادية والسياسية في العراق على تنامي الطلب على الخدمات العلاجية في الأردن.

٨. بينت النتائج أن معظم أفراد العينة يتلقون العلاج بتمويل ذاتي وبلغت نسبتهم (٧٤%) من مجمل أفراد العينة. كما بينت نتائج الدراسة أن حوالي (٨٠%) من متلقي الخدمات العلاجية سيختارون نفس المستشفى في حال تكرار طلب الخدمة العلاجية، فيما عبر (٨١%) من نفس العينة في الرغبة في التوصية بزيارة الأردن لطلب الخدمات العلاجية، وهذا مؤشر على وجود درجة رضا من متلقي الخدمة عن الخدمات العلاجية في الأردن.

٩. أظهرت نتائج الدراسة أن الكفاءة العالية للأطباء الأردنيين كانت أبرز الأسباب لاختيار الأردن للحصول على الخدمات الطبية وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٤,٨٨) ضمن مقياس ليكرت الخماسي، وهو ما يشير إلى شبه إجماع كلي من متلقي الخدمة، فيما جاء في المرتبة الثانية العامل المتعلق بالاستقرار السياسي والوضع الأمني وحصل على متوسط حسابي بلغ (٤,٦٦).

١٠. أظهرت الدراسة أهمية طبيعة العادات والتقاليد واللغة، فمعظم المرضى هم من الأشقاء العرب ومن مستويات تعليمية منخفضة ويمتازون بطول فترة الإقامة وبالتالي يشكل هذا العامل نقطة جذب بالنسبة لهم، فهم يشعرون أنهم ضمن إطار ثقافي واجتماعي مناسب لهم ويتجاوزون مشكلات التواصل واختلاف العادات، وتتفق هذه النتيجة مع توصلت إليه دراسة تصيرات والضمور (٢٠٠٠) عن أهمية التفاعل الإنساني لدى عينات الدراسة.

١١. أظهرت نتائج الدراسة أن العامل المتعلق بالأسعار وتكاليف الحياة كان أقل العوامل جاذبية لمتلقي الخدمة، حيث حصل على متوسط حسابي (٢,٧)، ومن الممكن أن تؤثر بشكل سلبي على أعداد متلقي الخدمة في لمستقبل في ظل وجود أسواق منافسة كالسوق المصري الذي يقدم خدمات بأسعار أقل، على الرغم من أن عدداً من الباحثين مثل (john Connell) يرى بأن انخفاض الأسعار في الأردن من العوامل الرئيسة التي جعلت الأردن وجهة للسياحة العلاجية في الشرق الأوسط، وربما تختلف هنا قضية المقارنة بالأسعار بين الدول الغربية وبين الأردن، في حين أن النتيجة التي توصلت إليها الدراسة مستخلصة من متلقي الخدمة القادمين من بلدان تتميز بانخفاض مستواها الاقتصادي، وكان (Heung) أشار في دراسته عن تنمية السياحة الطبية في هونغ كونغ (٢٠٠٩) أن ارتفاع الأسعار وتكاليف الحياة هي من أكبر الحواجز التي تعترض تطور السياحة العلاجية في هونغ كونغ

١٢. أظهرت نتائج الدراسة أن الموارد البشرية الأردنية لها الدور الأبرز والأكثر أهمية، ففي مجال تقييم مستوى الخدمات العلاجية حيث حصل العامل المتعلق بكفاءة الكادر الطبي على أعلى درجة تقييم وبمتوسط حسابي بلغ (٤,٩٤) وهو ما يشير إلى إجماع شبه كلي من جانب متلقو الخدمة، تلاه العامل المتعلق بكفاءة الكادر التمريضي وبمتوسط حسابي بلغ (٤,٧١). كما أظهرت نتائج الدراسة أن أسعار الرعاية الصحية حصلت على أقل درجة تقييم من جانب متلقي الخدمة بمتوسط حسابي بلغ (٢,٧٣).

ومن خلال المقارنة بين الجدول (٤٠) المتعلق بالعوامل المؤثرة بسبب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية ومرتبة حسب الأهمية، والجدول(٤١) المتعلق بتقييم أفراد العينة لمستوى الخدمات العلاجية نلاحظ وجود انسجام واضح بين العوامل الأكثر أهمية والعوامل الأقل أهمية، فالعوامل المتعلقة بكفاءة الكادر البشري (كفاءة الأطباء) كان لها الدور الأبرز سواء كعامل جذب لمتلقي الخدمة أو كمستوى تقييم وحصلت على متوسطات حسابية مرتفعة تشير إلى درجة الموافقة بشدة على كلا العبارتين. في حين كانت العوامل المتعلقة بالجانب المادي هي العوامل التي حصلت على أقل متوسطات حسابية ودرجة الرضا كانت تشير إلى عدم الموافقة ويلاحظ من خلال المقارنة بأن العنصر البشري وكفاءة الكوادر الطبية في الأردن هي حجر الأساس في السياحة الطبية في الأردن والعامل الأكثر أهمية كعامل جذب أو كمستوى تقييم، في حين تشكل أسعار الرعاية الصحية وارتفاع تكاليف الحياة العائق الأكبر ونقطة ضعف تهدد مستقبل السياحة العلاجية في الأردن.

١٣. تشير نتائج التحليل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى لخصائص متلقي الخدمة (الجنس، الجنسية، المستوى التعليمي، الدخل، طريقة اختيار المستشفى، جهة الإنفاق) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الطبية تعزى لمتغير (العمر) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$). ومن خلال استخدام اختبار شافييه تبين أن الفروق لصالح الجنسية الفلسطينية وجاءت بأعلى متوسط فيما جاءت الجنسية السودانية بأقل متوسط بين جميع الجنسيات، كذلك ظهرت الفروق لصالح حملة درجة البكالوريوس. أما على مستوى الدخل فالفروق جاءت لصالح الأفراد الذين يتقاضون دخولاً شهريه (أكثر من ٣٠٠٠ دولار) وفيما يتعلق بطريقة الاختيار فجاءت الفروق لصالح من يختارون المستشفى عن طريق المواقع الإلكترونية على حساب بقية طرق الاختيار فيما جاءت طريقة الاختيار عن طريق المكاتب كأقل متوسطات حسابية.

١٤. تشير نتائج التحليل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية في تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لخصائص متلقي الخدمة (الجنس، الجنسية، العمر، المستوى التعليمي، الدخل، طريقة الاختيار، جهة الإنفاق) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$). في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية في تقييم مستوى الخدمات العلاجية الطبية في الأردن تعزى لمتغير (العمر) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$). ومن خلال استخدام اختبار شافييه تبين أن الفروق جاءت لصالح الجنسية الفلسطينية على حساب بقية الجنسيات فيما جاءت الجنسية السودانية بأقل متوسط حسابي، كذلك ظهرت الفروق لصالح حملة درجة البكالوريوس. أما على مستوى الدخل فالفروق جاءت لصالح الأفراد الذين يتقاضون دخولاً شهريه (أكثر من ٣٠٠٠ دولار) وفيما يتعلق بطريقة الاختيار فجاءت الفروق لصالح من يختارون المستشفى عن الجهات الحكومية في بلدانهم الأصلية على حساب بقية طرق الاختيار فيما جاءت طريقة الاختيار عن طريق المكاتب كأقل متوسطات حسابية.

٨-١-٣ متلقو الخدمة للسياحة الاستشفائية:

١. شكل الذكور النسبة الأعلى من مجمل أفراد العينة وأظهرت الدراسة أن الغالبية في الفئة العمرية (٤٠-٥٤) سنة وبلغت نسبتهم (٤٦,٣%)، فيما ظهر انخفاض في نسبة من تقل أعمارهم عن (٢٥) سنة.

٢. وأظهرت الدراسة أن معظم متلقو الخدمة تزيد دخولهم الشهرية عن (٣٠٠٠) دولار ووصلت نسبتهم إلى (٥٧,٣%) من مجمل أفراد العينة، تلاها الأفراد الذين يتقاضون دخولاً بين(٢٠٠١-٣٠٠٠) دولاراً، وبلغت نسبتهم (١٨,٨%) من مجمل أفراد العينة، ونلاحظ الفرق في مستوى الدخل بين أفراد عينة متلقي الخدمة في المواقع الاستشفائية وأفراد عينة متلقي الخدمة في مواقع السياحة الطبية والتي أشارت نتائج العينة إلى تركز أفراد العينة في الفئة الأولى وهم الأشخاص الذين يتقاضون دخلاً شهرياً أقل من (١٠٠٠) دولار وذلك بطبيعة الحال مرده إلى طبيعة الجنسيات والتباين في مستوى الدخل بين أفراد الدول لمتلقي الخدمة في المجموعتين.

٣. شكلت السعوديون الجنسية الأكثر طلباً للخدمات الاستشفائية في الجنسيات العربية فيما كانت الجنسية الألمانية الأكثر طلباً من الجنسيات غير العربية.

٤. على الرغم من أن الفترة المناسبة للاستفادة من المياه الاستشفائية هي ثلاثة أسابيع كحد أدنى، إلا أن معظم أفراد عينة الخدمة الاستشفائية يقضون فترات أقل من (٧) أيام وبلغ متوسط الإقامة لأفراد العينة (١٠,١) يوم وهو أقل من فترة إقامة متلقي الخدمة في المستشفيات ولكنها في ذات الوقت أعلى من معدل إقامة السائح العادي.

٥. معظم أفراد العينة يقيمون في الفنادق وبلغت نسبتهم (٦٨,٨%) من مجمل أفراد العينة فيما جاءت الشقق الفندقية المفروشة بالمرتبة الثانية وبلغت نسبة المقيمين فيها (٢٣,٩%) من مجمل أفراد العينة.

٦. معظم متلقي الخدمة (السياحة الاستشفائية) اختاروا الموقع عن طريق وكلاء السياحة والسفر فيما كانت قناة (الأصدقاء والأقارب) في المرتبة الثانية تلتها المواقع الالكترونية في المرتبة الثالثة.

٧. بينت الدراسة أن (٦٠,٩%) من أفراد العينة كان السبب الرئيس للزيارة الراحة والاستجمام فيما كان (٣٧,٧%) قادمين بقصد العلاج.

٨. شكلت أمراض الروماتزم والصدفية أبرز أنواع الخدمة العلاجية التي يطلبها المرضى الأجانب القادمين بقصد تلقي العلاج.

وجاءت النتائج السابقة المتعلقة بالجنس والجنسية ومستوى الدخل ونوع الخدمات العلاجية منسجمة إلى حد كبير مع ما توصل إليه (Harahsheh) في دراسته عن السياحة العلاجية في الأردن وتناول فيها مواقع العلاج الطبيعي فقط.

٩. بينت الدراسة أن (٤٤,٢%) من القادمين بقصد العلاج من العينة الاستشفائية يوجد لهم برنامج تحت إشراف طبي معين وتتولى شركات التأمين للغالبية العظمى تغطية نفقات العلاج، فيما كان هناك (٥٥,٨%) من القادمين بقصد العلاج من العينة الاستشفائية يتلقون العلاج بدون برنامج طبي محدد، معظم هؤلاء الأفراد يعتمدون على نصائح الأطباء والأصدقاء في بلدانهم الأصلية والموروث الشعبي والمعلومات المتداولة على المواقع الالكترونية إضافة إلى سمعة مواقع العلاج ألاستشفائي في الأردن وقدرة هذه المياه على علاج الأمراض التي يعانون منها من خلال التعرض لها بأشكال مختلفة ولفترة من الوقت وبالتالي يضعون لأنفسهم برنامج علاجي ذاتي جنباً إلى جنب مع قضاء إجازة لهم ولأفراد عائلاتهم في الأردن.

١٠. أظهرت نتائج الدراسة أن الخصائص الطبيعية للمياه في للمواقع العلاجية الاستشفائية كانت العامل الأهم لاختيار الأردن لتلقي العلاج في المواقع الطبيعية وجاءت في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي وصل إلى(٤,٥١) وهي انعكاس طبيعي للسمعة الحسنة على المستوى الإقليمي والدولي للبحر الميت وخصائص مياهه الطبيعية، وقدرتها على علاج العديد من الأمراض ووجود منتجع علاجي متخصص للأمراض الجلدية والتنفسية، إضافة للمواقع الأخرى ذات السمعة الحسنة على المستوى الإقليمي وتحديداً في المملكة السعودية ودول الخليج العربي، فيما جاء في المرتبة الثانية عامل الاستقرار السياسي والوضع الأمني على المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (٤,٤٥) ومما لا شك فيه أن الأوضاع الأمنية التي تسود مجموعة من دول المنطقة ساهم في علو شأن هذا العامل كأبرز العوامل الأكثر جاذبية لتلقي الخدمات العلاجية في المواقع الاستشفائية، وهذا ما أكدته إدارة المنتجعات الطبيعية أثناء إجراء المقابلات الشخصية.

١١. تشير نتائج التحليل إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لأسباب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية الاستشفائية تعزى لخصائص متلقي الخدمة (الجنس، الجنسية، المستوى التعليمي، الدخل، طريقة اختيار المستشفى) عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$).

١٢. أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباط إيجابية قوية بين (درجة الرضا عن الأسعار، جمالية الموقع، درجة الرضا عن الخدمات) والرغبة في تكرار الزيارة، وبلغت قيمة معامل الارتباط (R) بين درجة الرضا والرغبة في تكرار زيارة الأردن (٠,٨٢١) في حين بلغت قيمة معامل الارتباط لجمالية الموقع (٠,٨٠٢) ولدرجة الرضا عن الخدمات (٠,٧٥٦).

١٣. أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباط إيجابية قوية بين (درجة الرضا عن الأسعار، جمالية الموقع، درجة الرضا عن الخدمات) والتوصية في زيارة الأردن، وبلغت قيمة معامل الارتباط (R) بين درجة الرضا والتوصية بزيارة الأردن (٠,٨٢٧) في حين بلغت قيمة معامل الارتباط لجمالية الموقع (٠,٧٩٢) ولدرجة الرضا عن الخدمات(٠,٧٥٨).

٨-٢ المحاور الرئيسة

٨-٢-١ تقييم الأداء المؤسسي:

بينت نتائج الدراسة من خلال تقييم الأداء المؤسسي (المعتمد على التقييم الذاتي) أن:

١. تميزت المؤسسات العلاجية بمستوى أداء متوسط على محور القيادة وحصل العامل المتعلق بقيام المؤسسة بإعداد وتوثيق رؤية تعكس التطلعات المستقبلية، ورسالة تعكس الخدمات وتحدد العملاء والأسواق التي تستهدفها على أعلى متوسط في حين حصل العامل المتعلق بقيام المؤسسة بتوفير بيئة مناسبة لنشاطات الابتكار والإبداع وتبني الأفكار الجديد على أدنى متوسط حسابي.

٢. تميزت المؤسسات العلاجية بمستوى أداء متوسط على محور التخطيط الاستراتيجي وحصل العامل المتعلق بقيام المؤسسة بتحليل بيئتها الداخلية وبيئتها الخارجية بهدف تحديد نقاط القوة والضعف والفرص والتحديات المرتبطة بها على أعلى متوسط حسابي في حين حصل العامل المتعلق بإشراك الموردين والشركاء والعملاء في وضع الاستراتيجيات على أدني متوسط حسابي.

٣. تميزت المؤسسات العلاجية بمستوى أداء مرتفع على محور إدارة الموارد وحصل العامل المتعلق بقيام المؤسسة بإعداد ومراجعة الأوصاف الوظيفية للعاملين واستخدامها في إدارة مواردها على أعلى متوسط في حين حصل العامل المتعلق بقيام المؤسسة بتوفير البيانات والمعلومات للموردين والمساهمين والشركاء والعملاء على أدنى متوسط.

٤. تميزت المؤسسات العلاجية بمستوى أداء مرتفع على محور إدارة العمليات وحصل العامل المتعلق بقيام المؤسسة بتعزيز قدرتها على تقديم الخدمات بطريقة فعّالة وضمن الوقت المحدد على أعلى متوسط في حين حصل العامل المتعلق بوجود سياسة موثقة تعنى بالبيئة، تتظمن أهدافها وخططها البيئية وكيفية إدارتها للنواحي البيئية المتعلقة بمنتجاتها وخدماتها على أدنى متوسط.

٥. تميزت المؤسسات العلاجية بمستوى أداء مرتفع على محور النتائج وحصل العامل المتعلق بقيام المؤسسة بقياس أداء الموردين (التسليم، السعر، الخدمة)على أعلى متوسط في حين حصل العامل المتعلق بقيام المؤسسة على قياس أثرها على المجتمع المحلي من خلال رأي المجتمع المحلي بالمؤسسة على أدنى متوسط.

٦. بينت نتائج الدراسة وجود ضعف واضح في مجال التسويق للمؤسسات العلاجية وظهر الضعف بشكل واضح جداً بقدرة المؤسسات في توفير ميزانية كافية للإعلان والتسويق وفي قدراتها على وضع خطة تسويقية وتوفير حزم شاملة، وتتفق هذه النتيجة مع ما

توصلت اليه مشربش (٢٠٠٨)،النسور(٢٠٠٦)،ودراسة وزارة التخطيط (٢٠٠٤)، الحراحشة (٢٠٠٢)

٧. تشير نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (محور القيادة) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (مصدر التنافسية، نطاق التنافسية، الاعتمادية الدولّية)، عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (محور القيادة) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (حجم المستشفى، نوع الخدمة)، عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

٨. . تشير نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (محور التخطيط الاستراتيجي) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (حجم المستشفى، مصدر التنافسية، نطاق التنافسية، الاعتمادية الدولّية)، عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (محور التخطيط الاستراتيجي) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (نوع الخدمة)، عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

٩. . تشير نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (محور إدارة الموارد) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (حجم المستشفى، مصدر التنافسية، نطاق التنافسية، الاعتمادية الدولّية)، عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (محور إدارة الموارد) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (نوع الخدمة)، عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

١٠. تشير نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (محور إدارة العمليات) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (حجم المستشفى، مصدر التنافسية، نطاق التنافسية، الاعتمادية الدولّية)، عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (محور إدارة العمليات) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (نوع الخدمة)، عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

١١. تشير نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (محور النتائج) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (حجم المستشفى، مصدر التنافسية، نطاق التنافسية، الاعتمادية الدولّية)، عند مستوى دلالة (α

≤0.05) في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (محور إدارة النتائج) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (نوع الخدمة)، عند مستوى دلالة (α ≤0.05).

١٢. تشير نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (محور التسويق) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (حجم المستشفى، مصدر التنافسية، نطاق التنافسية، الاعتمادية الدولّية)، عند مستوى دلالة (α ≤0.05) في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لمستوى الأداء المؤسسي (محور إدارة التسويق) تعزى لخصائص المؤسسة العلاجية (نوع الخدمة)، عند مستوى دلالة (α ≤0.05).

٨-٢-٢: العوامل المؤثرة في الميزة التنافسية

تناول هذا المحور دراسة ثلاثة فئات وهي(إدارة المستشفيات، الأطباء، الهيئات والجهات الراعية) وأظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

تراوحت المتوسطات الحسابية لإجابات مدراء المستشفيات، حول العوامل المؤثرة في تعزيز القدرة التنافسية للسياحة العلاجية في الأردن بين (١,٥٧-٤,٧١) وبلغ المتوسط الحسابي الكلي (٣,٨). فيما تراوحت المتوسطات الحسابية لإجابات عينة الدراسة من الأطباء بين (٢,٠٤-٤,٦٤) وبلغ المتوسط الحسابي الكلي (٣,٧٩)، تراوحت المتوسطات الحسابية لإجابات عينة الدراسة، من الهيئات والجهات الراعية بين (٢,٧٧ – ٤,٦٩)، وبلغ المتوسط الحسابي الكلي (٣,٨٣).

وبعد قيام الباحث بجمع آراء الفئات الثلاث التي تمت دراستها، عمل على إعادة بناء جدول موحد معتمد على المتوسطات الحسابية للفئات الثلاثة بعد توحيد أوزان العينات، وبينت نتائج الدراسة إلى أن أهم العوامل المؤثرة في الميزة التنافسية للسياحة الطبية في الأردن حسب رأي العينات الثلاث هي:

- الاستقرار السياسي والوضع الأمني في الأردن وحصل على أعلى متوسط حسابي وبلغ (٤,٦٧٤).
- الكفاءات العلمية وخبرات الأطباء في التخصصات الدقيقة والحديثة، وجاء في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي مقداره (٤,٦٢٢).
- التجهيزات الجيدة للمستشفيات وتوفر أحدث الأجهزة، وجاء في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (٤,٥١٤).
- وجود عدد من المستشفيات الحاصلة على الاعتمادية الدّولية وجاء في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي مقداره (٤,٤٤١).
- طبيعة العادات والتقاليد واللغة وجاء في المرتبة الخامسة بمتوسط حسابي مقداره (٤,٢٦٨).

وحصلت العوامل الخمس السابقة على متوسطات أعلى من (٤,٢١) وهو ما يشير إلى درجة الموافقة بشكل كبير من قبل أفراد الفئات الثلاثة على تلك العوامل.

بالمقابل أجمع أفراد الفئات الثلاث على مجموعة من العوامل التي تعمل على تهديد السياحة الطبية في الأردن، وهذه العوامل تشمل:

- نظام الضرائب وحوافز الاستثمار
- عدم وجود تعاون وتنسيق بين المؤسسات العلاجية
- عدم وجود إستراتيجيات واضحة ومحددة للمؤسسات الطبية

- ارتفاع الأسعار وارتفاع تكاليف الإقامة.

٨-٢-٣ تقييم دور القطاع العام والخاص في تطوير وتنشيط السياحة الطبية.

تناول هذا المحور دراسة ثلاث فئات وهي(إدارة المستشفيات، الأطباء، الهيئات والجهات الراعية) وأظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

تراوحت المتوسطات الحسابية لإجابات مدراء المستشفيات، حول تقييم دور القطاع العام والخاص في تطوير وتنشيط السياحة الطبية بين (١,٥٧-٤,٣١) وبلغ المتوسط الحسابي الكلي (٢,٨٩). فيما تراوحت المتوسطات الحسابية لإجابات عينة الدراسة من الأطباء بين (١,٧٦-٤,٠٩) وبلغ المتوسط الحسابي الكلي (٣,٠٢)، تراوحت المتوسطات الحسابية لإجابات عينة الدراسة، من الهيئات والجهات الراعية بين (٢,٦٢-٣,٩٢)، وبلغ المتوسط الحسابي الكلي (٣,٢٣).

وبعد قيام الباحث بجمع آراء الفئات الثلاث التي تمت دراستها، عمل على إعادة بناء جدول موحد معتمد على المتوسطات الحسابية للفئات الثلاثة بعد توحيد أوزان العينات، بينت نتائج الدراسة مايلي:

- كان لجهود القطاع الخاص بالمساهمة في تحقيق (مؤشرات صحية) متميزة الدور الإيجابي في تطوير قطاع السياحة العلاجية، وحصل المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (٤,١٠٩).
- كان للجهود الحكومية في إنشاء الكليات والمعاهد الطبية وتوفير وتأهيل الكوادر البشرية دور بارز في تطوير قطاع السياحة العلاجية، وحصل على المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (٣,٩٧٢) .
- كان للجهود الخدمات الطبية الملكية في تحقيق مؤشرات صحية متميزة الدور الإيجابي في تطوير السياحة العلاجية، وجاء في المرتبة الثالثة بمتوسط بلغ (٣,٧٠١).
- انعكس دور جمعية المستشفيات الخاصة إيجابا على السياحة العلاجية في الأردن من خلال زيادة قدرة المستشفيات على المنافسة إقليمياً ودولياً، وجاء في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (٣,٤٥٣)

فيما أظهرت نتائج الدراسة مجموعة من عوامل الضعف في دور القطاعين العام والخاص في تطوير وتنشيط السياحة الطبية تمثلت بما يلي:

- قوانين الضرائب
- ضعف دور السفارات الأردنية في الخارج بالترويج للسياحة العلاجية بشكل كافٍ.
- ضعف التنسيق بين وزارتي الصحة والسياحة في العمل المشترك لتطوير السياحة العلاجية.

٨-٢-٤ تحليل سوات (نقاط القوة، نقاط الضعف، الفرص، التهديدات)

أظهرت الدراسة بعد استطلاع رأي الفئات الثلاثة (إدارة المستشفيات، الأطباء، الهيئات والجهات الراعية) مجموعة من النتائج.

٨-٢-٤-١ نقاط القوة:

أشارت عينة الدراسة إلى مجموعة من نقاط القوة في السياحة العلاجية في الأردن، ومن أهم تلك النقاط:

١. كفاءة الأطباء الأردنيون والسمعة الحسنة على المستوى الإقليمي، وهذه النتيجة تتفق داخلياً مع أراء متلقي الخدمة، حيث أن كفاءة الأطباء الأردنيين حصلت على شبه إجماع كلي من متلقي الخدمة وكانت السبب الأبرز في اختيار الأردن كمكان للحصول على الخدمات العلاجية.

٢. عوامل الأمن والاستقرار التي يتمتع بها الأردن، وهي من العوامل التي أجمع على أهميتها معظم أفراد العينات التي تم دراستها، فالعامل الأمني والاستقرار السياسي كان ثاني أهم الأسباب في جذب متلقي الخدمة للسياحة الطبية في حين جاء بالمرتبة الأولى كأهم عوامل الميزة التنافسية للسياحة العلاجية في الأردن.

٣. المستشفيات المؤهلة والمتطورة، وجزء من تلك المستشفيات حاصل على الاعتمادية الدولية وهو عامل مهم لاختراق الأسواق الإقليمية والعالمية.

٤. المهن الطبية المساندة والكوادر التمريضية، وهذا ما يؤكده ارتفاع الطلب على المهن التمريضية في كبرى المؤسسات الطبية في دول الخليج العربي وكذلك ما أكده متلقوا الخدمة من خلال الاستبانه المقدمة لهم، فجاءت الخدمات التمريضية في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (٤,٧١) من حيث تقييمهم درجة رضاهم عن مستوى الخدمات العلاجية المقدمة لهم.

٥. التاريخ والسمعة الحسنة للطب في الأردن، فالأردن قطع شوط طويل على مستوى المنطقة في المجال الطبي ومن خلال الفترات الماضية ارتسمت صورة طيبة وسمعة حسنة عن الطب في الأردن، وهو ما أوجد (صورة) ذهنية إيجابية وثقة عالية لدى المواطن العربي، لطلب الخدمات العلاجية الأردنية، على الرغم من توفير البديل أحيانا في بلدانهم الأصلية. ويرى (٣٤,٧%) من عينة الأطباء و(٥٤,٣%) من إدارة المستشفيات أن التنوع في التخصصات الطبية يشكل أحد عوامل القوة، فمعظم التخصصات الطبية وباختلاف ندرتها متوفرة في السوق الأردني، وبكفاءة عالية وهو الأمر الذي يختصر على المواطن العربي خيارات السفر لدول أخرى.

٨-٢-٤-٢ نقاط الضعف:

أشارت عينة الدراسة إلى مجموعة من نقاط القوة في السياحة العلاجية في الأردن، ومن أهم تلك النقاط:

١. ضعف وعشوائية التسويق ونلاحظ من خلال نتائج دراسة متلقي الخدمات العلاجية أن (٤,٥%) فقط من متلقي الخدمة، وصل إلى هذا المستشفى من خلال المواقع الإلكترونية ومن خلال وسائل الأعلام المسموع والمقروء، فيما كان لشبكة العلاقات الاجتماعية من الأصدقاء والأقارب الدور الأبرز في وصول متلقي الخدمة.

٢. ارتفاع أسعار الرعاية الصحية في الأردن ويلاحظ وجود تباين في أهمية هذا العامل والأسباب التي تقف وراءه، فالهيئات والجهات الراعية ترى أن بعض المستشفيات تبالغ في هامش الربح المراد تحقيقه، في حين إن بعض إدارة المستشفيات ترى أن السبب الحقيقي هو ارتفاع الكلف التشغيلية، وبأي حال فهذه من النتائج التي تتفق على ما توصلت إليه نتائج مستوى درجة رضا متلقي الخدمة الطبية في الأردن في الاستبانه الموجهة لمتلقي الخدمة، حيث حصلت أسعار الرعاية الصحية على المرتبة الأخيرة من خلال تقييمهم لمستوى الخدمات العلاجية التي حصلوا عليها.

٣. ارتفاع تكاليف الحياة بالأردن وهذا من شأنه أن يشكل تهديد للسياحة العلاجية في الأردن فالأشخاص الذين يسعون للحصول على الخدمات الطبية عادة ما يتميزون بطول فترة الإقامة، إضافة إلى ضرورة وجود المرافقين وهذا من شأنه أن يزيد من الأعباء المالية على متلقي الخدمة.

٤. عدم وجود قانون للمسائلة الطبية في الأردن ولهذا العامل أهمية كبيرة إذا ما أراد الأردن الخروج إلى دائرة المنافسة الدولّية، فعديد من الجهات الخارجية وشركات التأمين تفضل إرسال مرضاها إلى أسواق أخرى نتيجة لهذا العامل،حيث تشترط الدول الأجنبية قبل إرسال رعاياها للعلاج، ضرورة وجود قانون يحمي مرضاها من الأخطاء الطبية، وبالتالي إقرار هذا القانون هو بوابة اختراق لأسواق السياحة الطبية الدولية، بدل اقتصاره على الأسواق العربية.

٥. عدم وجود تصنيف للمستشفيات، فالمستشفيات الأردنية متباينة من حيث القدرات والتجهيزات والكفاءات الطبية، والأخطاء التي ترتكب من بعض المستشفيات تنعكس بشكل كبير على سمعة الرعاية الصحية في الأردن بشكل عام، لذا لا بد من تدخل حكومي لوضع معايير لتصنيف المستشفيات إذا ما أردنا الارتقاء بقطاع السياحة الطبية في الأردن.

٦. الوسطاء والمنافسة غير الشريفة وتشمل العديد من الإجراءات التي تتخذها بعض المستشفيات في وضع اتفاقيات غير رسمية مع أطباء في الأسواق المستهدفة أو من خلال حركة الوسطاء من سائقي التاكسي أو حراس العمارات والشقق المفروشة الذين يقومون بتوجيه المرضى إلى بعض المستشفيات مقابل الحصول على مبالغ مالية، لذا لا بد من وجود رقابة فعلّية شاملة من الجهات الحكومية.

٨-٢-٤-٣ الفرص:

أظهرت نتائج الدراسة، وجود مجموعة من الفرص الواجب استغلالها، للنهوض بالسياحة العلاجية في الأردن، ومن أهم تلك الفرص:

١. إقامة الشراكات والتحالفات بين المؤسسات المقدمة للرعاية الطبية، لتصبح أكثر قدرة على المنافسة الإقليمية، بالجانب الكمي من حيث زيادة عدد المراجعين للحصول على الخدمات العلاجية، ومن الجانب النوعي المتمثل برفع كفاءة الخدمة المقدمة ولغايات نقل المعرفة والتكنولوجيا. وتباينت أراء إدارة المستشفيات على النطاق الجغرافي لهذه الشراكات، فعبر (٦٨,٢%) عن ضرورة أن تكون هذه الشراكات موجهة مع مؤسسات وطنية محلية في حين ترى (٣١,٨%) من إدارة المستشفيات ضرورة أن تكون هذه التحالفات والشراكات مع مؤسسات إقليمية ودولية. في حين لم يعبر الأطباء أو الهيئات والجهات الراعية عن النطاق الجغرافي لهذه الشراكات.

٢. البحث عن أسواق جديدة لتكون داعماً ورافداً للسياحة الطبية الأردنية، وعدم الاعتماد والاكتفاء بالأسواق التقليدية المتمثلة بالأسواق السعودية والعراقية والسودانية والليبية واليمنية والفلسطينية.

٣. تفعيل دور السفارات الأردنية في الخارج بأدوار أكثر فاعلّية في عملية الترويج والتسويق للسياحة الطبية الأردنية والتي من شأنها أن تعطي دعم إضافي لهذا القطاع.

٤. ضرورة وضع خطط تسويق مشترك للمؤسسات العلاجية، وان تكون ضمن أطار علمي منهجي مبرمج، وان لا تتم عملية التسويق بشكل فردي وعشوائي، فتوحيد الجهود والعمل المشترك من شأنه أن يكون ذو فاعلية عالية ونتائجه أكثر ايجابية ويعطي قدرات أكبر للوصول إلى الأسواق المختلفة.

٥. أشار الأطباء وإدارة المستشفيات إلى ضرورة الانتقال إلى توفير الرزم المتكاملة من العلاج على غرار كثير من المؤسسات العلاجية العالمية الناشطة في مجال جذب السياحة الطبية وتشمل هذه الرزم (تذاكر الطيران، الإقامة،الفحوصات الطبية، تكاليف العلاج،

جولات السياحة والراحة والاستجمام)، وأشارت إدارة المستشفيات إلى ضرورة أن تقوم الحكومة الأردنية بتقديم تسهيلات أكثر للاستثمار، والتخفيف من أعباء الضرائب، على غرار ما يقدم في دول مجاورة منافسة مثل مصر ليعطي مجال أكبر هذه المؤسسات لتحسين والارتقاء في نوعية الخدمة المقدمة ضمن أسعار منافسة إقليميا.

٦. على الرغم من أن الموارد البشرية المتمثلة (بالأطباء والكادر التمريضي) والتي تعد من أهم عوامل الميزة التنافسية للسياحة الطبية في الأردن إلا أن الأطراف الثلاث ترى ضرورة المحافظة على الموارد البشرية، من خلال تطويرها وابتعاثهم في دورات تدريبية إلى دول عريقة في المجال الطبي كالولايات المتحدة وبريطانيا للمحافظة على التفوق النوعي في كفاءة الكوادر الطبية.

٨-٢-٤-٤ التهديدات

١. هجرة الكفاءات الطبية خارج الأردن، من خلال الانتقال للعمل في مؤسسات علاجية كبرى في دول الخليج العربي أو الانتقال لفتح عيادات في الأسواق التقليدية المصدرة للسياحة الطبية في الأردن، وتم الإشارة في أكثر من جانب إلى أهمية العنصر البشري كإحدى أهم عوامل الجذب للسياحة العلاجية في الأردن.

٢. الأسواق المنافسة، وتتمثل هذه الأسواق في نمطين:

النمط الأول: يتمثل في الأسواق التقليدية المنافسة للسياحة الطبية في الأردن كالسوق اللبناني والسوق المصري والسوق التونسي.

النمط الثاني: يتمثل في الأسواق الجديدة الناشئة والتي تعتمد على ضخامة الاستثمار وتوفير الأجهزة الحديثة وجذب الكوادر البشرية من أصحاب الكفاءات العالية وتتمثل في المؤسسات العلاجية التي تم إنشائها في المملكة العربية السعودية وفي دولة الإمارات العربية المتحدة.

وعلى الرغم من التهديد الذي تشكله هذه الأسواق الناشئة إلا أن البعض من إدارة المستشفيات يرى بأنها ظاهرة صحية، والسبب في ذلك يعود إلى التأثير الايجابي لهذه المنافسة على المؤسسات العلاجية المحلية، والذي ينعكس على ضرورة الحاجة للارتقاء في نوعية الخدمات العلاجية المقدمة، وبالتالي الاستمرار في التميز على مستوى المنطقة. في حين يرى آخرون أن نشوء أسواق جديدة أمر في غاية الأهمية وهي مرحلة أولى للانتقال إلى التخصصية في العلاج فهذه الأسواق بعد فترة من الزمن ستخصص كل منها

في علاج أمراض محددة وبالتالي سيكون لدينا مجموعة من الأسواق المتخصصة قادرة على المنافسة على المستوى العالمي.

٣. الظروف السياسية في المنطقة واستمرار الاضطرابات في الأسواق المصدرة، ومن المؤكد أن تزامن فترة الدراسة مع اضطراب الأوضاع السياسية في اليمن وليبيا التي تعتبران من أهم الأسواق التي ترفد السياحة الطبية في الأردن كان السبب الرئيس لتنامي هذا التهديد ، وأشار البعض أن ما يحدث هو من ابرز المبررات للبحث عن أسواق جديدة وعدم الاعتماد على أسواق محددة.

٤. الاستغلال، وهذا الاستغلال يكون من خلال عدة أوجه يتمثل في استغلال البعض من قبل المستشفيات أو من قبل أطباء العيادات الخارجية أو من قبل سماسرة الشقق المفروشة أو سائقي سيارات التاكسي أو من قبل الصيدليات. وأشار العديد من الأطباء ومن إدارات المستشفيات، من خلال المقابلات الشخصية التي أجراها الباحث، أن الكلمة المنقولة من متلقي الخدمات العلاجية لمنظومة الأصدقاء والأقارب في البلد الأصلي، هي واحدة من أهم قنوات التوزيع التي تعتمد عليها السياحة الطبية في الأردن، وبالتالي من يتعرض لتجربة سيئة في الأردن سينقل هذه التجربة إلى بلده الأصلي، مما سينعكس سلباً في المستقبل على السياحة الطبية. وفي هذا السياق وحسب نتائج الاستبيان الأول الذي وزع على متلقي الخدمة العلاجية، أن (٣٠%) من أفراد عينة متلقي الخدمة العلاجية تعرفوا على المؤسسة الطبية التي يتلقون العلاج بها من خلال الأصدقاء والأقارب.

٥. عدم وجود خطة إستراتيجية معلنة للسياحة الطبية، سواء من خلال المستشفيات أو من خلال مؤسسات المجتمع المدني العاملة في هذا المجال أو من قبل الدولة هو في حقيقة الأمر تهديد لمستقبل السياحة الطبية في الأردن وان ما يحدث هو مجموعة من الاجتهادات الفردية ورد فعل لعوامل الطلب من قبل الأسواق المصدرة، وأضافت بعض إدارة المستشفيات، أن ضعف الإمكانات المالية من التهديدات التي تواجه السياحة الطبية لأنها تنعكس على قدرة المؤسسات الطبية في رفع مستوى الخدمات الفندقية ومن خلال القدرة على امتلاك احدث الأجهزة وكذلك ضعف عمليات التسويق التي تقوم بها.

٨-٢-٥ علاقات التشبيك:

أظهرت نتائج الدراسة في جانب دراسة علاقات التشبيك مجموعة من النتائج نوردها فيما يلي:

١. وجود حالة ضعف كبيرة في علاقات التشبيك بين المؤسسات العلاجية من جهة والشقق

على المستوى الدولي، في حين يظهر وجود شبكة جيدة من العلاقات بين المؤسسات العلاجية والشقق الفندقية والفنادق على المستوى المحلي، والذي تعمد من خلاله بعض المستشفيات الناشطة في مجال السياحة العلاجية إلى توفير حزمة من الخدمات للمرضى والمرافقين كنوع من الخدمات المقدمة من بعض المستشفيات وتجاوزت بعض المستشفيات هذه الخطوة وعملت على إنشاء شقق فندقية على مقربة من المستشفى تتبع للمستشفى لتجاوز مشاكل العرض والطلب والتغيرات في الأسعار .

٢. وجود علاقات تشبيك بين المؤسسات العلاجية ومؤسسات علاجية أخرى (محلية، إقليمية، دولية) مع وجود تباين بين العلاقات الرسمية وغير الرسمية لصالح العلاقات غير الرسمية وتتباين أهداف هذه الشراكات ففي الوقت الذي تركز فيه الشراكات المحلية على استغلال المعدات والطاقة الاستيعابية غير المستغلة في حين أن الشراكات على المستوى الإقليمي تسعى لتأمين أعداد من المرضى المحولين بسبب عدم توفر العلاج المناسب أو عدم توفر الكوادر والتقنيات الطبية أما الشراكات على المستوى الدولي فعادة ما تهدف إلى تبادل الخبرة والمعرفة وتطوير قدرات الموارد البشرية.

٣. وجود علاقات تشبيك بين المؤسسات العلاجية وشركات التأمين (المحلية، الإقليمية، الدوليّة) مع وجود تباين بين العلاقات الرسمية وغير الرسمية لصالح العلاقات الرسمية، وتنسجم في اتساعها مع النطاق الجغرافي، فتظهر واسعة جداً على النطاق المحلي ثم تنخفض على المستوى الإقليمي وتنخفض بشكل كبير على المستوى الدوليّ الرسمي وتنعدم بشك نهائي على المستوى غير الرسمي.

٤. تبرز الحاجة لوسائل الإعلام لغايات عمليات التسويق لإبراز جودة الخدمات العلاجية المقدمة وإيصال الرسالة إلى متلقي الخدمة بصرف النظر عن أماكن تواجدهم فالتسويق يسهم في تجاوز الفجوة المكانية بين المستهلك وبين الخدمة، ويقوم بعملية تنشيط الطلب على الخدمات وزيادة قيمتها، وعلى الرغم من أهمية تلك الحاجة، إلا أن نتائج الدراسة تشير إلى وجود حالة ضعف في علاقات التشبيك مع وسائل الإعلام على مختلف المستويات المحلية والإقليمية والدوليّة.

٥. يعتمد مفهوم التميز في الرعاية الصحية على مجموعة من المدخلات الرئيسة، إحداها مواكبة التطورات العلمية الحديثة، والتعرف على أحدث ما توصلت إليه الأبحاث العلمية لغايات نقل المعرفة وممارستها والتمكن منها، لتصبح فيما بعد جزء من الخدمات العلاجية المقدمة في تلك المستشفيات، وتظهر نتائج الدراسة وجود حالة ضعف في علاقات التشبيك بين المؤسسات العلاجية ومؤسسات البحث والتطوير ، مع وجود تركيز على

العلاقات على المستوى الدولّي، ويعود السبب في ذلك أن معظم الأبحاث والنتائج الحديثة في المجال الطبي تكون جهوداً لمؤسسات بحث عالمية.

٦. تعتبر توفر الأدوية إحدى أهم أساسيات العمل الصحي، ولا يمكن بأي حال أن تكتمل عملية الرعاية الصحية بدون توفر الأدوية، وتتباين قدرة المؤسسات الطبية في قدراتها على توفير الأدوية، ولكن الأمر لا يتوقف عند ذلك فلابد من ضرورة توفير قنوات مستمرة لتزويد المؤسسات بالأدوية مع مراعاة البعد الكمي والكيفي لأنواع الدواء، مع تجنب اقتصاد السوق وعملية العرض والطلب، وأظهرت نتائج الدراسة أن معظم المستشفيات تقوم بعلاقات تشبيك مع الشركات المحلية بنسب وصلت إلى (٥١,٤%) بشكلها الرسمي و (٤٨,٦%) بشكل غير رسمي، وظهر وضعف كبير على مستوى الشراكات الإقليمية ، أما على المستوى الدولي فإن (٣٠%) من المستشفيات أقامت علاقات شراكة بإطار رسمي و(٦%) بإطار غير رسمي.

٧. تسعى المؤسسات العلاجية الحديثة، والناشطة في مجال السياحة العلاجية، إلى محاولة توفير رزم متكاملة تتضمن (تأشيرة السفر، تذاكر الطيران، الإقامة، التنقل، الإجراءات الطبية، تكاليف العلاج، والجولات السياحية) وتضعها المؤسسات العلاجية ضمن برنامج واحد وبسعر إجمالي، وهذا ما يترتب عليه ضرورة إقامة مجموعة من الشراكات مع مجموعة متنوعة من الأطراف، ومن ضمنها شراكات مع منظمي رحلات السياحة والسفر، وأظهرت نتائج الدراسة وجود تركز لعلاقات الشراكة مع المؤسسات المحلية بشكلها الرسمي وغير الرسمي، إضافة إلى شراكات على المستوى الإقليمي فيما يظهر ضعف الشراكات على المستوى الدوليّ ، ويعزى ذلك لطبيعة متلقي الخدمة العلاجية في المستشفيات الأردنية، فمعظمهم من الأشقاء العرب وبالتالي لا بد من التركيز على شركات السياحة والسفر العربية، لفاعليّة تلك الشراكات في تأمين الشريحة الأكثر أهمية في سوق السياحة العلاجية.

٨-٢-٦ السياحة الاستشفائية:

١. أظهرت نتائج الدراسة أن نقاط القوة في السياحة الاستشفائية تتركز في الخصائص العلاجية للمياه الطبيعية في الأردن وقدرتها على علاج العديد من الأمراض، إضافة إلى عوامل الاستقرار السياسي والوضع الأمني في الأردن وطبيعة المناخ في الأردن الذي يساعد على العلاج الطبيعي.

٢. أظهرت نتائج الدراسة أن نقاط الضعف تتركز في ضعف وعشوائية التسويق، وضعف البنية التحتية في عدد من المواقع، وافتقار عدد من المواقع للأطباء والمعالجين المختصين، وقلة خيارات أماكن الإقامة ضمن نفس الموقع.

٣. أظهرت نتائج الدراسة أن هناك مجموعة الفرص الواجب استغلالها للنهوض بالسياحة العلاجية الاستشفائية، كالتوسع في استغلال المواقع الطبيعية ببعديها الكمي والنوعي وتبني إستراتيجية واضحة وفعّاله للترويج للمنتج الأردني وتقديم الدعم الكافٍ للاستثمار في تلك المواقع.

٤. أظهرت نتائج الدراسة وجود مجموعة من التهديدات كان من أهمها اضطراب الأوضاع الأمنية والسياسية في المنطقة العربية، إضافة إلى أنظمة الضرائب والقيود المفروضة من قبل الحكومة.

٥. أظهرت نتائج الدراسة أن السياحة العلاجية الاستشفائية في الأردن تعاني من الضعف والعشوائية وهي غير قادرة على المنافسة الإقليمية أو الدوليّة على المدى القريب.

٨-٣ التوصيات:

١. ضرورة وجود خطة إستراتيجية معلنة للسياحة الطبية والعمل على إنشاء هيئة حكومية لتنمية وتطوير السياحة العلاجية في الأردن ويكون لها دور رقابي فعّال في مراقبة وضبط الأسعار، ويتبع لها بنك معلومات يوفر معلومات شاملة عن الزوار بقصد العلاج للتعرف على خصائصهم واحتياجاتهم والمشاكل التي تعترضهم.

٢. ضرورة العمل على تطوير البنية التحتية لمواقع العلاج الطبيعي والتوسع في لاستثمارات من خلال إقامة شراكة حقيقية مع القطاع الخاص والعمل تقديم الدعم والمساعدة للمشاريع الاستثمارية .

٣. وإعادة النظر في الضرائب المفروضة على أنشطة السياحة بشكل عام والسياحة العلاجية بشكل خاص.

٤. العمل على تفعيل الاتفاقيات العلاجية بشكل أكبر والتوسع في الاتفاقيات من خلال البحث عن أسواق جديدة لتكون داعماً ورافداً للسياحة الطبية الأردنية، وعدم الاعتماد والاكتفاء على الأسواق التقليدية.

٥. تفعيل التعاون وزيادة التنسيق بين والسياحة والصحة والخارجية من خلال السفارات الأردنية في الخارج، والعمل ضمن رؤية مشتركة

٦. اعتماد تصنيف خاص للمستشفيات وفق معايير محددة تشمل كفاءة الكادر الطبي والكادر التمريضي وخدمات الطوارئ والخدمات الفندقية والقوائم العلاجية، فالمستشفيات الأردنية متباينة من حيث القدرات والتجهيزات والكفاءات الطبية، والأخطاء التي ترتكب من بعض المستشفيات تنعكس بشكل كبير على سمعة الرعاية الصحية في الأردن بشكل عام.

٧. العمل على المحافظة على الكوادر البشرية من خلال وابتعاثهم لدورات تعمل على رفع كفاءتهم، وتقديم الامتيازات للمبدعين للحد من ظاهرة هجرتهم إلى الدول الأخرى.

٨. ضرورة تفعيل قانون المسائلة الطبية ليصبح الأردن قادر على الدخول إلى الأسواق العالمية.

٩. تشابه الخدمات المقدمة يفرض ضرورة الاتجاه نحو التخصص.

١٠. العمل على رفع كفاءة الأداء المؤسسي في المؤسسات العلاجية من خلال توفير بيئة مناسبة لنشاطات الابتكار والإبداع وتبني الأفكار الجديد ومن خلال إشراك الموردين والشركاء والعملاء في وضع الاستراتيجيات، وبتوفير البيانات والمعلومات لهم.

١١. زيادة التعاون والتنسيق بين المؤسسات العلاجية من خلال إقامة الشراكات والتحالفات بين المؤسسات المقدمة للرعاية الطبية، لتصبح أكثر قدرة على المنافسة الإقليمية توحيد الجهود بوضع خطط تسويق مشترك للمؤسسات العلاجية، ضمن أطار علمي منهجي مبرمج، وان لا تتم عملية التسويق بشكل فردي وعشوائي، فتوحيد الجهود والعمل المشترك من شأنه أن يكون ذو فاعلية عالية ونتائجه أكثر ايجابية ويعطي قدرات أكبر للوصول إلى الأسواق المختلفة.

١٢. ضرورة الانتقال إلى توفير الرزم المتكاملة من العلاج على غرار كثير من المؤسسات العلاجية العالمية الناشطة في مجال جذب السياحة الطبية وتشمل هذه الرزم (تذاكر الطيران، الإقامة،الفحوصات الطبية، تكاليف العلاج، جولات السياحة والراحة والاستجمام)،

١٣. تفعيل علاقات التشبيك بين المؤسسات العلاجية من جهة والأطراف ذات العلاقة من جهة أخرى للوصول إلى ميزة التحالف التي من شأنها زيادة القدرات التنافسية.

المصادر والمراجع:

المراجع العربية:

- أبوحجر، أمنة (٢٠١٠) **الجغرافيا السياحية**، (ط١) ، عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- الجلاد،أحمد (٢٠٠٠) **البيئة والسياحة العلاجية**، القاهرة: عالم الكتب.
- حسنين، جليلة (٢٠٠٦)، **دراسات في التنمية السياحية**، (ط١)، الإسكندرية: الدار الجامعية.
- الحوامدة، نبيل والحميري، موفق (٢٠٠٦)، الجغرافيا السياحية في القرن الحادي والعشرين، (ط١)، عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع .
- الخضري، محسن (٢٠٠٤)، **صناعة المزايا التنافسية**، (ط١)، القاهرة: مجموعة النيل.
- خليل، نبيل مرسي (١٩٩٤)، **التخطيط الاستراتيجي**،(ط١)، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- الدوري، زكريا و صالح، أحمد (٢٠٠٩)، **الفكر الاستراتيجي وانعكاساته على نجاح منظمات الإعمال**،(ط١)، عمان : دار اليازوري.
- دوز، إيف و هامل، جاري (٢٠٠٣) ميزة التحالف : فن تكوين **القيمة من خلال الشراكة**،الرياض:معهد الإدارة العامة.
- الربيعي، عباس(٢٠٠٧)، **مقدمة في تقييم المشروع الاستثماري وتحليل الجدوى الاقتصادية له**، عمان: دار البشير.
- السامرائي، نبيهة صالح (٢٠٠٦) علم **النفس السياحي: مفاهيم وتطبيقات** ، (ط١)، عمان: دار زهران.
- سلامة ، إلياس و والريماوي، عمر (١٩٩٧) ، **السياحة العلاجية: مياه الاستشفاء في الأردن**،عمان: وزارة السياحة والآثار
- شحادة، نعمان، ١٩٩١، **مناخ الأردن**،الطبعة الأولى، دار البشير، عمان.
- الطائي، حميد عبدالنبي والعلاق، بشير عباس (٢٠٠٠)، سلوكيات السائح والطلب السياحي، (ط١)، عمان : دار زهران .
- عبيسات، زياد، ٢٠١٠،**السياحة والمعالم الدينية في الأردن**،الطبعة الأولى،عمان، مطبعة أروى.
- فالدستين، بول (٢٠٠٢)، **اقتصاديات الرعاية الصحية**: الجزء الثاني ، (ط١)، الرياض، النشر والمطابع.

- كوتلر، فيليب و سوندرز، جون و أرمستونغ،غاري و بونغ، فيروميكا (٢٠٠٢)، **التسويق**:الجزء الأول،تطوره- مسؤوليته الأخلاقية- إستراتيجيته، (ط١) ، دمشق: دار علاء الدين.

- مقابلة، خالد (٢٠٠١) **التسويق السياحي الحديث**، (ط١)، عمان: دار وائل للطباعة والنشر.

- مقابلة، خالد والحاج ذيب، فيصل (٢٠٠٠) ، **صناعة السياحة في الأردن**، الطبعة الأولى، عمان: دار وائل للطباعة والنشر

- المرجوشي، أيتن محمود ، (٢٠٠٨) ، **تقييم الأداء المؤسسي في المنظمات العامة الدولية**، (ط١)،القاهرة: دار النشر للجامعات.

الرسائل العلمية:

- دروزة، سوسن ،(٢٠٠٨) **العلاقة بين متطلبات إدارة المعرفة وعملياتها وأثرها على تميز الأداء المؤسسي**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الشرق الأوسط، عمان، الأردن.

- شيقارة ، هجيرة (٢٠٠٥) **الإستراتيجية التنافسية ودورها في أداء المؤسسة** ،رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الجزائر، الجزائر .

- المعايعة، خوله (١٩٩٥) **جغرافية السياحة العلاجية في الأردن**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية،عمان ،الأردن .

- المشربش، ديمة (٢٠٠٨) **العوامل المؤثرة على مدى رضا السياح عن السياحة العلاجية في الأردن** ، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية،عمان، الأردن.

- النسور، إياد (٢٠٠٦) **تطوير إستراتيجية تسويقية لتنمية السياحة العلاجية في الأردن،** أطروحة دكتوراه غير منشورة ، جامعة عمان العربية للدراسات العليا ،عمان، الأردن.

الأبحاث العلمية:

- العدوان ، ياسر وعبد الحليم، أحمد (١٩٩٧) ، العوامل والتغيرات المرتبطة بالرضا عن، الخدمات المقدمة في المستشفيات عند المرضى المقيمين فيها ، **أبحاث اليرموك** ، المجلد ١٣ (**العدد ١**) ، ص ٣٠٣-٣١٩ جامعة اليرموك ، إربد ، الأردن .

- نصيرات، فارس (١٩٩٨) ، المعايير التي يستخدمها مستهلكو الخدمة الصحية(المرضى) عند اختيارهم لمشفى لتلقي العلاج في الأردن . **أبحاث اليرموك** ، المجلد ١٤ ، (**العدد١**) ، ص ١٩٨- ٢٠٨ : جامعة اليرموك ، إربد ، الأردن.

- نصيرات، فريد و الضمور هاني (٢٠٠٤) ، تأثير المزيج التسويقي على اجتذاب المرضى العرب للعلاج في المستشفيات الأردنية ، **مجلة دراسات** ، المجلد ٣١ ،(**العدد ٢**)، ص ٤٠٦-٤٢١ : الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- نصيرات، فريد والضمور هاني (٢٠٠٠)، مدى التشابه والتباين حول مكونات جودة الخدمة الاستشفائية : دراسة تطبيقية على مستشفيات القطاع الخاص الأردني . **مجلة جامعة الملك سعود للعلوم الإدارية**، المجلد ١٢، (**العدد ١**) ، ص ٤٦-٨١، جامعة الملك سعود، الرياض ،السعودية.

- نور الدين هرمز، التخطيط السياحي والتنمية السياحية، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية ، **سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية** ،المجلد (٢٨) العدد (٣)٢٠٠٦

- الوكالة الأمريكية للإنماء الدولي (٢٠٠٥) **قياس رضا المرضى بخصوص الخدمات التي تقدمها مستشفيات وزارة الصحة**، عمان، الأردن.

المراجع غير العربية :

- **Arab Bank Center for Scientific Research (2001)** , Medical Services of The Private Sector in Jordan , Part 1 , Clinical & Management , 5-7 .Amman , Arab Bank.

- AMIR Program (2002) , **The Jordan Medical Cluster** , Final Report. Amman
- Chew Ging Lee(2010) "Health care and tourism: Evidence from Singapore", **Tourism Management** 31 (2010) pp 486–488

- Devon M. Herrick (2007), "Medical Tourism:Global Competition in Health Care", **NCPA Policy Report** No. 304 www.ncpa.org/pub/st/st304

- Hong Zhang, Chao-lin Gu, Lu-wen Gu, and Yan Zhang ,(2010), "The evaluation of tourism destination competitiveness by topsis & information entropy" e A case in the Yangtze River Delta of China, **Tourism Management** xxx (2010) pp1- 9

- John Connell(2006) ," Medical tourism: Sea, sun, sand and y surgery", **Tourism Management** 27 (2006) pp1093–1100.

- Harahsheh ,s,(2012) **Curative Tourism in Jordan and its potential** , unpublished thesis**,** Bournemouth University, United Kingdom
- Marc Lautier(2008), "Export of health services from developing countries" :The case of Tunisia, **Social Science & Medicine** 67 (2008)pp 101-110

- Marina Novelli, Birte Schmitz and Trisha Spencer(2006), "Networks, clusters and innovation in tourism": A UK experience, **Tourism Management** 27 (2006) pp 1141–1152.

- Michael J.Enright, James Newton (2004),"Tourism destination competitiveness: a quantitative approach", **Tourism Management**, 25 (2004)pp 777–788

- Ministry Of Pl**anning (2004**), Medical Tourism , Jordan National Competitiveness Team , Amman , Jordan .

- **-Ministry Of Planning (2000**), Jordan Tourism Cluster .Amman , Jordan P.P 37 , 45 .

- Neil Lunta, and Percivil Carrerab(2010) "Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad", **Maturitas** 66 (2010)pp 27–32

- Scarsi, K.M. and Noskin, A. (2002), Pharmacist Participation In Medical Rounds Reduces Medication Errors**. American Journal of Health System Pharmacy**, 59 (21), 2089-2092.

- Seaton, A.V. et el (1995). Tourism – **The State of the Art**. Chichester and New York

- UNWTO technical manual: Collection of Tourism Expenditure Statistics" (PDF). **World Tourism Organization**. 1995. p. 14.. Retrieved 2009-03-26.

- William Biesa, and Lefteris Zachariab(2007) "Medical tourism": Outsourcing surgery, **Mathematical and Computer Modeling** 46 (2007)pp 1144–1159

المواقع الإلكترونية

- http://www.worldbank.org
- http://www.cbj.gov.jo
- http://www.pha-jo.com
- http://www.jrms.gov.jo
- http://www.dos.gov.jo
- http://www.jordaninvestment.com
- http://www.who.int
- http://www.visitjordan.com
- http://www.mop.gov.jo
- http://www.mop.gov.jo
- http://www.mota.gov.jo
- http://www.moh.gov.jo

الملاحق

الاستبيان الأول: موجه لإدارة المستشفيات

معالي/ عطوفة/سعادة/ السيد مدير مستشفى........................ الأكرم.

يقوم الباحث بدراسة عن تقييم السياحة العلاجية في الأردن، استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في فلسفة الجغرافيا من الجامعة الأردنية، ولهذه الغاية قام الباحث بإعداد استبانه مكونة من عدة فقرات سيجاب عليها من قبل عينة من مدراء المستشفيات والمنتجعات الطبيعية في الأردن .

وتناولت هذه الاستبانه مجموعة من المرتكزات الرئيسة وتمثلت بالمحاور الآتية :

☒ المحور الأول: تقييم الأداء المؤسسي للمؤسسات العاملة في مجال السياحة العلاجية.

☒ المحور الثاني: دور القطاع الحكومي والقطاع الخاص في تنشيط وتطوير السياحة العلاجية.

☒ المحور الثالث: العوامل المؤثرة في تعزيز القدرة التنافسية للسياحة العلاجية في الأردن.

☒ المحور الرابع: هدف إلى التعرف على أشكال وأنماط علاقات التشبيك .

لذا أرجو التكرم بالإجابة على فقرات الاستبانة ، علماً بأن المعلومات ستعامل في منتهى السرية وستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط ، شاكراً لكم حسن تعاونكم ومساهمتكم في إنجاح هذه الدراسة.

واقبلوا فائق الاحترام،،،

الباحث : زياد سليمان العبيسات

الجامعة الأردنية

كلية الدراسات العليا

قسم الجغرافيا

الجزء الأول : تقييم الأداء المؤسسي:

يعتمد الجزء الأول على التقييم الذاتي لمؤسستكم، أرجو وضع إشارة(√) إزاء العبارات الواردة. بما يتلاءم مع الوضع الواقعي في مؤسستكم.

الرقم	القيادة	موافق جداً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق نهائياً
١	تقوم المؤسسة بإعداد وتوثيق رؤية تعكس التطلعات المستقبلية، ورسالة تعكس الخدمات وتحدد العملاء والأسواق التي تستهدفها.	▪	▪	▪	▪	▪
٢	تقوم المؤسسة ضمن مسؤوليتها الاجتماعية بدورها في دعم المجتمع المحلي والمشاركة في النشاطات المجتمعية.	▪	▪	▪	▪	▪
٣	تقوم المؤسسة بتقييم أداء الإدارة العليا لغايات تحسين الأداء.	▪	▪	▪	▪	▪
٤	تعمل المؤسسة على تطوير وتنمية مهارات القيادة العليا وتأهيلهم لتلبية احتياجات المستقبل.	▪	▪	▪	▪	▪
٥	تقوم المؤسسة بتمكين الموظفين وبتفويض الصلاحيات وتشجيع العمل بروح الفريق الواحد وتحفيزهم للمشاركة في تطوير المؤسسة.	▪	▪	▪	▪	▪
٦	تقوم المؤسسة بتوفير بيئة مناسبة لنشاطات الابتكار والإبداع وتبني الأفكار الجديدة وتقديم الحوافز.	▪	▪	▪	▪	▪
	التخطيط الإستراتيجي	موافق جداً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق نهائياً
٧	تقوم المؤسسة بتحليل بيئتها الداخلية وبيئتها الخارجية بهدف تحديد نقاط القوة والضعف والفرص والتحديات المرتبطة بها.	▪	▪	▪	▪	▪
٨	تضع المؤسسة أهدافاً إستراتيجية تتوافق مع الرؤية والرسالة ووضع الأولويات لها.	▪	▪	▪	▪	▪
٩	تقوم المؤسسة بوضع استراتيجيات طويلة وقصيرة المدى بناءً على أهدافها الإستراتيجية المنبثقة من رؤيتها ورسالتها.	▪	▪	▪	▪	▪
١٠	يتم إشراك الموردين والشركاء والعملاء في وضع الاستراتيجيات.	▪	▪	▪	▪	▪
١١	تقوم المؤسسة بإعداد خطط عمل تتوافق مع الاستراتيجيات المتبناة، ويتم تحديد أولويات التطبيق والأطر الزمنية.	▪	▪	▪	▪	▪
١٢	تقوم المؤسسة بوضع أهداف محددة،قابلة للقياس وقابلة للتحقق ،واقعية ومحددة بإطار زمني.	▪	▪	▪	▪	▪
١٣	تقوم المؤسسة بقياس وتحليل مؤشرات الأداء ومراجعة الأداء المؤسسي.	▪	▪	▪	▪	▪

	إدارة الموارد	موافق جداً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق نهائياً
١٤	تقوم المؤسسة بإعداد ومراجعة الأوصاف الوظيفية للعاملين واستخدامها في إدارة مواردها البشرية.	▪	▪	▪	▪	▪
١٥	تعمل المؤسسة على وضع خطط لتوفير الكوادر البشرية المؤهلة لمواجهة الطلب الحالي والمتوقع.	▪	▪	▪	▪	▪
١٦	تقوم المؤسسة بتوفير البيانات والمعلومات للموردين والمساهمين والشركاء والعملاء.	▪	▪	▪	▪	▪
١٧	تقوم المؤسسة بإدارة أصولها المعرفة بما فيها المعرفة الصريحة والضمنية.	▪	▪	▪	▪	▪
١٨	تقوم المؤسسة بتخطيط وإعداد وتطبيق موازنتها المالية وتخصيص الموارد المالية لتحقيق الأهداف الإستراتيجية.	▪	▪	▪	▪	▪
١٩	تقوم المؤسسة بوضع منهجية شاملة وموثقة لتحديد احتياجات المؤسسة من الموارد المادية وصيانتها والمحافظة عليها.	▪	▪	▪	▪	▪
٢٠	تقوم المؤسسة بإدارة مواردها التقنية بما في ذلك نقل التكنولوجيا وتحديد كيفية قيامها بتطوير خدماتها.	▪	▪	▪	▪	▪
	إدارة العمليات	**موافق جداً**	**موافق**	**محايد**	**غير موافق**	**غير موافق نهائياً**
٢١	تقوم المؤسسة بوضع منهجية فعّالة ومقاسه للتنسيق والاتصال بين العاملين ووحدات العمل.	▪	▪	▪	▪	▪
٢٢	تقوم المؤسسة بتعزيز قدرتها على تقديم الخدمات بطريقة فعّالة وضمن الوقت المحدد.	▪	▪	▪	▪	▪
٢٣	تقوم المؤسسة بتطوير وتطبيق ومراجعة أنظمة الجودة لديها وتطويرها بهدف تزويد العملاء بخدمات تلبي احتياجاتهم وتوقعاتهم.	▪	▪	▪	▪	▪
٢٤	يوجد لدى المؤسسة سياسة موثقة تعنى بالبيئة، تنظمن أهدافها وخططها البيئية وكيفية إدارتها للنواحي البيئية المتعلقة بمنتجاتها وخدماتها.	▪	▪	▪	▪	▪
٢٥	تقوم المؤسسة بإقامة قنوات اتصال دائمة مع عملائها وتحديد احتياجاتهم وتوقعاتهم والتنبؤ بها وتلبيتها.	▪	▪	▪	▪	▪
	النتائج	**موافق جداً**	**موافق**	**محايد**	**غير موافق**	**غير موافق نهائياً**
٢٦	تقوم المؤسسة بدراسات عن درجة رضا العملاء وولائهم.	▪	▪	▪	▪	▪
٢٧	تقوم المؤسسة بدراسات عن مستوى رضا العاملين في المؤسسة وانتمائهم وتطورهم.	▪	▪	▪	▪	▪
٢٨	تقوم المؤسسة بوضع مؤشرات أداء لقياس مستوى جودة خدماتها.	▪	▪	▪	▪	▪
٢٩	تقوم المؤسسة بقياس أداء الموردين (التسليم، السعر، الخدمة).	▪	▪	▪	▪	▪

٣٠	تقوم المؤسسة بدراسة أثرها على الاقتصاد المحلي من خلال توظيف العمالة المحلية،قياس نسبة القيمة المضافة لخدماتها،قياس حجم صادراتها.	▪	▪	▪	▪	▪
٣١	تعمل المؤسسة على قياس أثرها على المجتمع المحلي من خلال رأي المجتمع المحلي بالمؤسسة.	▪	▪	▪	▪	▪
٣٢	تقوم المؤسسة بقياس نتائج أدائها المالي وأدائها السوقي (المبيعات،الأرباح، الحصة السوقية،حجم النمو، الأسواق الجديدة).	▪	▪	▪	▪	▪
٣٣	هل يتم ربط النتائج المتحققة مع المنهجيات التي تم تطبيقها.	▪	▪	▪	▪	▪
	التسويق	**موافق جداً**	**موافق**	**محايد**	**غير موافق**	**غير موافق نهائياً**
٣٤	لدى المؤسسة وحدة خاصة للتسويق قادرة على استخدام المعلومات المتاحة للتنبوء بالمستقبل	▪	▪	▪	▪	▪
٣٥	يوجد ميزانية كافية للإعلان والتسويق	▪	▪	▪	▪	▪
٣٦	يوجد تنظيم جيد لإدارة التسويق (خطة تسويقية)	▪	▪	▪	▪	▪
٣٧	وجود خدمات ما بعد البيع	▪	▪	▪	▪	▪
٣٨	تقوم المؤسسة بدراسات عن الأسواق والعملاء	▪	▪	▪	▪	▪
٣٩	لديكم القدرة لتكييف المنتج ليتناسب مع التحولات في أنماط الطلب	▪	▪	▪	▪	▪
٤٠	لديكم موقع الكتروني خاص بمؤسستكم يقدم معلومات كافية للزبائن	▪	▪	▪	▪	▪
٤١	يتوفر لديكم حزم شاملة تتضمن (الإجراءات الطبية، تكاليف العلاج، الإقامة، جولات سياحية)	▪	▪	▪	▪	▪

ما هي نقاط القوة ونقاط الضعف، وما أبرز الفرص والتهديدات، للسياحة العلاجية في الأردن

الفرص	التهديدات
....	....
....	....
....	....
....	....
....	....
....	....
نقاط القوة	نقاط الضعف
....	....
....	....
....	....
....	....
....	....
....	....

الجزء الثاني:
يهدف إلى التعرف على أرائكم نحو تقييم دور القطاع الحكومي والقطاع الخاص في تنشيط وتطوير السياحة العلاجية.

الرقم	العبارات	موافق جداً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق نهائياً
١	القوانين الحكومية في مجال تشجيع الاستثمار تسهم بتطوير قطاع السياحة العلاجية.	▪	▪	▪	▪	▪
٢	قانون الضرائب يعمل على تنشيط وتطوير السياحة العلاجية.	▪	▪	▪	▪	▪
٣	الأشخاص القادمون للعلاج يحصلون على تسهيلات كافية من قبل الحكومة الأردنية في الحصول على تأشيرات الدخول.	▪	▪	▪	▪	▪
٤	تبذل الحكومة جهود كافية في مجال خدمات البنية التحتية .	▪	▪	▪	▪	▪
٥	تقوم وزارة الخارجية من خلال سفاراتنا في الخارج بالترويج الكافي للسياحة العلاجية في الأردن.	▪	▪	▪	▪	▪
٦	تقوم هيئة تنشيط السياحة بدور فعّال في مجال ترويج وتنشيط قطاع السياحة العلاجية.	▪	▪	▪	▪	▪
٧	تعمل وزارتي الصحة والسياحة بتنسيق عال لدعم وتطوير السياحة العلاجية.	▪	▪	▪	▪	▪
٨	كان للجهود الخدمات الطبية الملكية في تحقيق مؤشرات صحية متميزة الدور الإيجابي في تطوير السياحة العلاجية.	▪	▪	▪	▪	▪
٩	للجهود الحكومية في إنشاء الكليات والمعاهد الطبية وتوفير وتأهيل الكوادر البشرية دور بارز في تطوير قطاع السياحة العلاجية.	▪	▪	▪	▪	▪
١٠	تبذل الحكومة الأردنية جهد كافٍ في مجال عقد الاتفاقيات للأسواق المستهدفة والبحث عن أسواق جديدة في مجال السياحة العلاجية.	▪	▪	▪	▪	▪
١١	انعكس دور جمعية المستشفيات الخاصة إيجابا على السياحة العلاجية في الأردن من خلال زيادة قدرة المستشفيات على المنافسة إقليمياً ودولياً.	▪	▪	▪	▪	▪
١٢	كان لجهود القطاع الخاص بالمساهمة في تحقيق (مؤشرات صحية) متميزة الدور الإيجابي في تطوير قطاع السياحة العلاجية.	▪	▪	▪	▪	▪
١٣	يقوم مقدموا الخدمة العلاجية في القطاع الخاص بعملية تسويق وترويج مناسبة للسياحة العلاجية.	▪	▪	▪	▪	▪
١٤	تلعب الجمعيات العاملة في مجال السياحة (جمعية وكلاء السياحة والسفر ، الجمعية	▪	▪	▪	▪	▪

	الأردنيـة للسـياحة الوافـدة، جمعيـة الفنـادق الأردنية) أدوارا ايجابية في تطوير السياحة العلاجية.					
١٥	كـان لجهـود وزارة الصـحة فـي تحقيـق مؤشرات صحية متميزة للنظام الصحي في الأردن دوراً في تطوير السياحة العلاجية	▪	▪	▪	▪	▪
١٦	تعمل مؤسسات القطاع الخاص ضمن خطط إستراتيجية لتلبية احتياجات السوق المتغيرة.	▪	▪	▪	▪	▪

الجزء الثالث :

ما درجة موافقتك على العوامل الآتية كعوامل مؤثرة في تعزيز القدرة التنافسية للسياحة العلاجية في الأردن.

الرقم	العبارات	موافق جداً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق نهائياً
١	الاستقرار السياسي والوضع الأمني في الأردن	□	□	□	□	□
٢	التجهيزات الجيدة للمستشفيات وتوفر أحدث الأجهزة	□	□	□	□	□
٣	بروتوكولات التعاون الطبي بين الحكومة الأردنية والدول الأخرى	□	□	□	□	□
٤	نظام الضرائب وحوافز الاستثمار	□	□	□	□	□
٥	الخدمات المالية والمصرفية	□	□	□	□	□
٦	شبكة النقل والمواصلات والاتصالات في الأردن	□	□	□	□	□
٧	قدرة المؤسسات العاملة على توفير الخدمات العلاجية بأسعار منافسة	□	□	□	□	□
٨	كفاءة المهن الطبية المساندة	□	□	□	□	□
٩	وجود إستراتيجيات واضحة ومحددة للمؤسسات الطبية	□	□	□	□	□
١٠	الكفاءات العلمية وخبرات للأطباء في التخصصات الدقيقة والحديثة	□	□	□	□	□
١١	مستويات الأجور للعاملين في القطاع الطبي	□	□	□	□	□
١٢	وجود عدد من المستشفيات الحاصلة على الاعتمادية الدولية	□	□	□	□	□
١٣	القدرة على تلبية احتياجات السوق والطلب المحلي والخارجي	□	□	□	□	□
١٤	سهولة الإجراءات للحصول على تأشيرة الدخول	□	□	□	□	□
١٥	جودة الدواء وتوفره وتنوعه	□	□	□	□	□
١٦	الأسعار وتكاليف الإقامة	□	□	□	□	□
١٧	وجود تعاون وتنسيق بين المؤسسات العلاجية	□	□	□	□	□
١٨	الموقع الجغرافي للمملكة	□	□	□	□	□
١٩	ملائمة المناخ	□	□	□	□	□
٢٠	تنوع المواقع والأنشطة السياحية	□	□	□	□	□
٢١	وجود مواقع للعلاج الطبيعي	□	□	□	□	□
٢٢	القدرة الاستيعابية العالية للمؤسسات العلاجية.	□	□	□	□	□

الجزء الرابع : التشبيك : يهدف إلى التعرف على أنماط التشبيك الموجودة وشكل العلاقات.

هل لدى مؤسستكم أي اتفاقيات للتعاون مع الأطراف الآتية: إذا كانت الإجابة بنعم أرجو تحديدها :
: المنظور الجغرافي (محلية ،إقليمية، عالمية)

٢:المتغير القانوني (شكل العلاقة):العلاقات بين الأعضاء رسمية أم غير الرسمية

(لا تمتلك نظاماً أساسياً يحدد العضوية)

الرقم	أطراف الشراكة	شكل العلاقة	نعم			لا
			محلية	إقليمية	عالمية	
١	منظمي الرحلات والشركات السياحية	رسمية				
		غير رسمية				
٢	الفنادق (مصنفة، غير مصنفة) الشقق الفندقية	رسمية				
		غير رسمية				
٣	المستشفيات والمراكز الطبية	رسمية				
		غير رسمية				
٤	شركات الدواء	رسمية				
		غير رسمية				
٥	شركات التأمين	رسمية				
		غير رسمية				
٦	مؤسسات تعليمية (جامعات،معاهد)	رسمية				
		غير رسمية				
٧	مؤسسات بحث وتطوير	رسمية				
		غير رسمية				
٨	وسائل الإعلام	رسمية				
		غير رسمية				

البيانات الخاصة بالمؤسسة

١. القطاع الذي تتبع له المؤسسة:

☐ قطاع عام ☐ قطاع خاص ☐ الخدمات الطبية الملكية

٢. **سنة التأسيس :** ....

٣. عدد الأسرة : أقل من ٥٠ ☐ من ٥٠-١٠٠ ☐ من ١٠-١٥٠☐١٥٠-٢٠٠ ☐ أكثر من ٢٠٠

٤. تخصص للمستشفى : ....

٥. **مصدر التنافسية الأكثر أهمية لمؤسستكم:**

☐ السعر ☐ جودة المنتج ☐ التركيز على فئات محددة

٦. **القدرة على المنافسة:**

☐على مستوى المحافظة ☐على مستوى المملكة ☐ على المستوى الإقليمي والدولي

٧. **هل مؤسستكم حاصلة على الاعتمادية الدولية :** ☐ **نعم** ☐ **لا**

٨. **أهم الوسائل التي تستخدمه مؤسستكم في ترويج خدماتها العلاجية**
☐.............................. ☐ .... ☐ ....

٩. **هل تستقبل مؤسستكم حالات للعلاج من خارج الأردن** ☐ **نعم** ☐ **لا**

(إذا كانت الإجابة نعم تابع الأسئلة)

١٠. **عدد من تلقى الخدمات العلاجية من غير الأردنيين(٢٠١٠م)** ....

١١. **حجم الحصة السوقية حسب عدد متلقي الخدمة**(من غير الأردنيين) للعام ٢٠١٠م

١٢. **أهم الطرق** والقنوات التي تستقطبون من خلالها المرضى الأجانب
☐.............................. ☐.............................. ☐ ....

١٣. **أكثر الجنسيات غير الأردنية التي تطلب الخدمة العلاجية من مؤسستكم**
☐**......................** ☐......................... ☐..............................

١٤. **أكثر الحالات المرضية (لغير الأردنيين) التي تطلب الخدمة العلاجية في مؤسستكم**
☐.............................. ☐.............................. ☐ ....

١٥. **تشكل حجم الإيرادات السنوية المتأتية من الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية في المستشفى إلى مجموع إيراداته ما نسبته .**

☐ أقل من ٥% ☐٦% - ١٠% ☐ ١١%-١٥% ☐١٦%-٢٠% ☐أكثر من ٢٠%

ثانياً: الاستبانة الموجهة لمتلقي الخدمة في المستشفيات (السياحة الطبية)

الجزء الأول : المعلومات الشخصية

☒ **الجنس :** ☐ ذكر ☐ أنثى

☒ **الجنسية:**..

☒ **العمر :** ☐ أقل من ٢٠ سنة ☐ من ٢٠-٣٩ سنة ☐ ٤٠-٥٩ سنة ☐ ٦٠ سنة وأكثر

☒ **عدد المرافقين:** ☐ ١ ☐ ٢ ☐ ٣ ☐ ٤ ☐ ٥ وأكثر

☒ **المستوى التعليمي** ☐ أقل من ثانوية ☐ ثانوية عامة ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس ☐ دراسات عليا

☒ **متوسط الدخل الشهري(دولار)** ☐ اقل من ١٠٠٠ ☐ ١٠٠٠-٢٠٠٠ ☐ ٢٠٠١-٣٠٠٠ ☐ ٣٠٠١ واكثر

☒ **مدة الإقامة المتوقعة في الأردن :**..........................

☒ **مكان الإقامة قبل وبعد تلقي العلاج** ☐ فندق ☐ شقة مفروشة ☐ أصدقاء وأقارب ☐ أخرى:حدد

☒ ما نوع الخدمة العلاجية المطلوبة : ....

☒ **كيف تم اختيار هذا (المستشفى، المنتجع) لتلقي العلاج**

☐ أصدقاء ومعارف ☐ مواقع الكترونية ☐ إعلانات (صحف ، تلفاز ، إذاعة)

☐ شركات التأمين ☐ وكلاء السياحة والسفر ☐ الجهات الحكومية في بلدك

☐ توصية الطبيب في بلدك ☐ السفارة الأردنية في بلدك

☐ الوسطاء (سائق تاكسي، موظف فندق، حارس عمارة)

☒ **هل أنت قادم للعلاج في الأردن على نفقتك الخاصة** ☐ نعم ☐ لا

☒ **إذا عدت مرة أخرى لتلقي العلاج هل ستختار نفس المكان**

☐ نعم ☐ لا ☐ لا أدري

☒ **إذا تعرضت للسؤال في بلدك هل ستوصي بزيارة الأردن لتلقي العلاج**

☐ نعم ☐ لا ☐ لا أدري

الجزء الثاني:

١. **سبب اختيار الأردن للحصول على الخدمات العلاجية**

٢. **تقييم مستوى الخدمات العلاجية التي حصلت عليها**

	ما سبب اختيارك للأردن للحصول على الخدمات العلاجية	موافق جداً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق نهائياً
١	الاستقرار السياسي والوضع الأمني	☐	☐	☐	☐	☐
٢	الكفاءة العالية للأطباء الأردنيين	☐	☐	☐	☐	☐
٣	الأسعار وتكاليف الحياة مناسبة	☐	☐	☐	☐	☐
٤	السمعة الحسنة للخدمات الطبية في الأردن	☐	☐	☐	☐	☐
٥	وجود خدمات وتسهيلات متنوعة	☐	☐	☐	☐	☐
٦	سهولة التواصل (اللغة) والثقافة المحلية	☐	☐	☐	☐	☐
٧	الموقع الجغرافي للأردن	☐	☐	☐	☐	☐
٨	ملائمة المناخ	☐	☐	☐	☐	☐
	كيف تقييم مستوى الخدمات العلاجية التي حصلت عليها	راضٍ تماماً	راضٍ	محايد	غير راضٍ	غير راضٍ نهائياً
٩	كفاءة الكادر الطبي	☐	☐	☐	☐	☐
١٠	كفاءة الكادر التمريضي	☐	☐	☐	☐	☐
١١	كفاءة الخدمات الإدارية	☐	☐	☐	☐	☐
١٢	أسعار الرعاية الصحية	☐	☐	☐	☐	☐
١٣	دقة المواعيد وسرعة الإجراءات	☐	☐	☐	☐	☐
١٤	توفير المعلومات الضرورية للمريض	☐	☐	☐	☐	☐
١٥	تقديم الرعاية النفسية للمرضى	☐	☐	☐	☐	☐

ثالثاً: الاستبيان الموجه للأطباء وللجهات الراعية لقطاع السياحة العلاجية

الجزء الأول : المعلومات الشخصية (الأطباء)

☒ **القطاع الذي تتبع له:** ☐ قطاع عام ☐ قطاع خاص ☐ الخدمات الطبية الملكية

☒ **الجنس :** ☐ **ذكر** ☐ **أنثى**

☒ **العمر :**

☐ أقل من ٣٠ سنة ☐ من٣٠-٤٠ سنة ☐ ٤١-٥٩ سنة ☐ ٦٠ سنة وأكثر

☒ **عدد سنوات الخبرة في التخصص :**

☐ أقل من ٥ سنوات ☐ من ٥- ١٠ سنوات ☐ من ١١-١٥ سنة ☐ أكثر من ١٥ سنة

☒ **هل تعمل بالمستشفى بدوام كامل** ☐ **نعم** ☐ لا

☒ **إذا كانت الإجابة بلا فكم عدد المستشفيات التي تعمل بها** ☐ ١ ☐ ٢ ☐ ٣ ☐ ٤ وأكثر

الجزء الأول : المعلومات الشخصية(الجهات الراعية)

☒ **الجنس :** ☐ **ذكر** ☐ **أنثى**

☒ **العمر :**

☐أقل من ٣٠ سنة ☐ من٣٠-٤٠ سنة ☐ ٤١-٥٩ سنة ☐ ٦٠ سنة وأكثر

☒ **المستوى التعليمي:**

☐ بكالوريوس ☐ ماجستير ☐ دكتوراه

☒ **عدد سنوات الخبرة في العمل:**

☐ أقل من ٥ سنوات ☐ من ٥- ١٠ سنوات ☐ من ١١-١٥ سنة ☐ أكثر من ١٥ سنة

الجزء الأول:
يهدف إلى التعرف على أرائكم نحو تقييم دور القطاع الحكومي والقطاع الخاص في تنشيط وتطوير السياحة العلاجية

الرقم	العبارات	موافق جداً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق نهائياً
١	القوانين الحكومية في مجال تشجيع الاستثمار تسهم بتطوير قطاع السياحة العلاجية.	▪	▪	▪	▪	▪
٢	قانون الضرائب يعمل على تنشيط وتطوير السياحة العلاجية.	▪	▪	▪	▪	▪
٣	الأشخاص القادمون للعلاج يحصلون على تسهيلات كافية من قبل الحكومة الأردنية في الحصول على تأشيرات الدخول.	▪	▪	▪	▪	▪
٤	تبذل الحكومة جهود كافية في مجال خدمات البنية التحتية .	▪	▪	▪	▪	▪
٥	تقوم وزارة الخارجية من خلال سفاراتنا في الخارج بالترويج الكافي للسياحة العلاجية في الأردن.	▪	▪	▪	▪	▪
٦	تقوم هيئة تنشيط السياحة بدور فعّال في مجال ترويج وتنشيط قطاع السياحة العلاجية.	▪	▪	▪	▪	▪
٧	تعمل وزارتي الصحة والسياحة بتنسيق عال لدعم وتطوير السياحة العلاجية.	▪	▪	▪	▪	▪
٨	كان للجهود الخدمات الطبية الملكية في تحقيق مؤشرات صحية متميزة الدور الإيجابي في تطوير السياحة العلاجية.	▪	▪	▪	▪	▪
٩	للجهود الحكومية في إنشاء الكليات والمعاهد الطبية وتوفير وتأهيل الكوادر البشرية دور بارز في تطوير قطاع السياحة العلاجية.	▪	▪	▪	▪	▪
١٠	تبذل الحكومة الأردنية جهد كافٍ في مجال عقد الاتفاقيات للأسواق المستهدفة والبحث عن أسواق جديدة في مجال السياحة العلاجية.	▪	▪	▪	▪	▪
١١	انعكس دور جمعية المستشفيات الخاصة إيجابا على السياحة العلاجية في الأردن من خلال زيادة قدرة المستشفيات على المنافسة إقليمياً ودولياً.	▪	▪	▪	▪	▪
١٢	كان لجهود القطاع الخاص بالمساهمة في تحقيق (مؤشرات صحية) متميزة الدور الإيجابي في تطوير قطاع السياحة العلاجية.	▪	▪	▪	▪	▪
١٣	يقوم مقدموا الخدمة العلاجية في القطاع الخاص بعملية تسويق وترويج مناسبة للسياحة العلاجية.	▪	▪	▪	▪	▪
١٤	تلعب الجمعيات العاملة في مجال السياحة (جمعية وكلاء السياحة والسفر، الجمعية	▪	▪	▪	▪	▪

	الأردنيـة للسـياحة الوافـدة، جمعيـة الفنـادق الأردنية) أدوارا ايجابية في تطـوير السياحة العلاجية.					
١٥	كـان لجهـود وزارة الصـحة فـي تحقيـق مؤشرات صحية متميزة للنظام الصحي في الأردن دوراً في تطوير السياحة العلاجية	■	■	■	■	■
١٦	تعمل مؤسسات القطاع الخاص ضمن خطط إستراتيجية لتلبية احتياجات السوق المتغيرة.	■	■	■	■	■

الجزء الثاني :

ما درجة موافقتك على العوامل الآتية كعوامل مؤثرة في تعزيز القدرة التنافسية للسياحة العلاجية في الأردن.

الرقم	العبارات	موافق جداً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق نهائياً
١	الاستقرار السياسي والوضع الأمني في الأردن	☐	☐	☐	☐	☐
٢	التجهيزات الجيدة للمستشفيات وتوفر أحدث الأجهزة	☐	☐	☐	☐	☐
٣	بروتوكولات التعاون الطبي بين الحكومة الأردنية والدول الأخرى	☐	☐	☐	☐	☐
٤	نظام الضرائب وحوافز الاستثمار	☐	☐	☐	☐	☐
٥	الخدمات المالية والمصرفية	☐	☐	☐	☐	☐
٦	شبكة النقل والمواصلات والاتصالات في الأردن	☐	☐	☐	☐	☐
٧	قدرة المؤسسات العاملة على توفير الخدمات العلاجية بأسعار منافسة	☐	☐	☐	☐	☐
٨	كفاءة المهن الطبية المساندة	☐	☐	☐	☐	☐
٩	وجود إستراتيجيات واضحة ومحددة للمؤسسات الطبية	☐	☐	☐	☐	☐
١٠	الكفاءات العلمية وخبرات للأطباء في التخصصات الدقيقة والحديثة	☐	☐	☐	☐	☐
١١	مستويات الأجور للعاملين في القطاع الطبي	☐	☐	☐	☐	☐
١٢	وجود عدد من المستشفيات الحاصلة على الاعتمادية الدّولية	☐	☐	☐	☐	☐
١٣	القدرة على تلبية احتياجات السوق والطلب المحلي والخارجي	☐	☐	☐	☐	☐
١٤	سهولة الإجراءات للحصول على تأشيرة الدخول	☐	☐	☐	☐	☐
١٥	جودة الدواء وتوفره وتنوعه	☐	☐	☐	☐	☐
١٦	الأسعار وتكاليف الإقامة	☐	☐	☐	☐	☐
١٧	وجود تعاون وتنسيق بين المؤسسات العلاجية	☐	☐	☐	☐	☐
١٨	الموقع الجغرافي للمملكة	☐	☐	☐	☐	☐
١٩	ملائمة المناخ	☐	☐	☐	☐	☐
٢٠	تنوع المواقع والأنشطة السياحية	☐	☐	☐	☐	☐
٢١	وجود مواقع للعلاج الطبيعي	☐	☐	☐	☐	☐
٢٢	القدرة الاستيعابية العالية للمؤسسات العلاجية.	☐	☐	☐	☐	☐

الجزء الثالث: من خلال خبرتكم ما ابرز نقاط القوة والضعف في السياحة العلاجية في الأردن(البيئة الداخلية)، وما ابرز الفرص والتهديدات ما أبرز الفرص والتهديدات لها (البيئة الخارجية).

نقاط القوة	نقاط الضعف
....	....
....	....
....	....
....	....
....	....
الفرص	**التهديدات**
....	....
....	....
....	....
....	....
....	....

☒ هل تعتقد أن الأردن قادر على الاستمرار مستقبلا في تميزه بالسياحة العلاجية على مستوى المنطقة.

☐ نعم ☐ لا ☐ لا أدري **(أرجو توضيح السبب)**

....

....

....

....

☒ هل تعتقد أن التكتل المكاني (تركز معظم المؤسسات العلاجية في مكان واحد) يؤثر إيجاباً على القدرة التنافسية ☐ نعم ☐ لا ☐ لا أدري

☒ هل تعتقد أن قيام علاقات التشبيك يسهم في زيادة القدرة التنافسية للسياحة العلاجية في الأردن

☐ نعم ☐ لا ☐ لا أدري

☒ إذا كانت الإجابة بنعم فأن السبب يعود إلى

☐ لزيادة رأس المال ☐ الوصول إلى الأسواق المختلفة ☐ تطوير الخدمة ☐ لتبادل المعرفة ونقل التكنولوجيا

☒ حسب اعتقادك أن علاقات تشبيك الأكثر أهمية ستكون مع

☐ مؤسسات وطنية ☐ مؤسسات إقليمية ودولية .... **(أرجو توضيح السبب)**

....

....

....

رابعاً : الاستبيان الموجه لمتلقي الخدمة في المواقع الاستشفائية:

الموقع العلاجي: ☐البحر الميت ☐ ماعين ☐ عفرا ☐ الحمة ☐ الشونة

الجزء الأول : المعلومات الديمغرافية

- **الجنس : ☐ ذكر ☐ أنثى**
- **الجنسية:......................................**
- **العمر : ☐أقل من ٢٥ ☐٢٥-٣٩ ☐ ٤٠-٥٤ ☐٥٥ وأكثر**
- **الدخل الشهري بالدولار**

☐اقل من ١٠٠٠ ☐ من ١٠٠٠-٢٠٠٠ ☐ ٢٠٠١-٣٠٠٠ ☐أكثر من ٣٠٠٠

- **مدة الإقامة المتوقعة في الأردن :**

☐ ١-٧ ☐٨-١٤ ☐١٥-٢١ ☐٢٢-٢٨ ☐ ٢٩ وأكثر

- **مكان الإقامة قبل وبعد تلقي العلاج:**

☐ فندق ☐ شقة مفروشة ☐ أصدقاء وأقارب ☐ شاليه ☐ تخييم

☐ أخرى:.....................

- **كيف تم التعرف على هذا المنتجع**

☐ أصدقاء ومعارف ☐ مواقع الكترونية ☐ إعلانات (صحف ، تلفاز ، إذاعة)

☐ وكلاء السياحة والسفر ☐ الجهات الحكومية في بلدك ☐ توصية الطبيب في بلدك

☐ شركات التأمين ☐ الوسطاء (سائق تاكسي، موظف فندق، حارس عمارة)

- **أرجو تقييم الموقع من خلال المعايير الآتية :**

الرقم	المعيار	٥	٤	٣	٢	١
١	ما مستوى تقييمك لجمالية الموقع	☐	☐	☐	☐	☐
٢	ما درجة رضاك عن أسعار الخدمات المقدمة في الموقع	☐	☐	☐	☐	☐
٣	ما درجة رضاك عن مستوى الخدمات المقدمة في الموقع	☐	☐	☐	☐	☐
٤	هل ستفكر مستقبلاً بتكرار زيارة الموقع	☐	☐	☐	☐	☐
٥	هل ستوصي بزيارة الموقع	☐	☐	☐	☐	☐

- **الهدف الرئيس من الزيارة : ☐ العلاج ☐ الاستجمام والاسترخاء ☐ أخرى ....**

(شكراً لمشاركتك معنا ،إذا كان الهدف الرئيس من الزيارة العلاج أرجو الإجابة على بقية الأسئلة)

☒ **ما نوع الخدمة العلاجية المطلوبة:**

☐الصدفية ☐ روماتزم ☐ التهاب مفاصل ☐ الربو ☐ أخرى

☒ **من سيتولى دفع نفقات العلاج :**

☐الجهات الحكومية في بلدك ☐ شركات التأمين ☐ نفقتك الخاصة ☐ أخرى ....

☒ **هل يوجد لديك برنامج علاجي مخصص(تحت إشراف طبي) أثناء الزيارة : ☐ نعم ☐لا**

ما سبب اختيارك للأردن للحصول على الخدمات العلاجية، أرجو قرأه العبارات التالية والتعبير عن مدى موافقتك :

الرقم	العبارة	موافق جداً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق نهائياً
١	الاستقرار السياسي والوضع الأمني	☐	☐	☐	☐	☐
٢	الأسعار وتكاليف الحياة مناسبة	☐	☐	☐	☐	☐
٣	السمعة الحسنة للمنتجعات الطبيعية في الأردن	☐	☐	☐	☐	☐
٤	وجود خدمات وتسهيلات متنوعة	☐	☐	☐	☐	☐
٥	سهولة التواصل والثقافة المحلية	☐	☐	☐	☐	☐
٦	الموقع الجغرافي للأردن	☐	☐	☐	☐	☐
٧	ملائمة المناخ	☐	☐	☐	☐	☐
٨	أسعار الخدمات العلاجية	☐	☐	☐	☐	☐
٩	نوعية الخدمات العلاجية	☐	☐	☐	☐	☐

EVALUATION OF MEDICAL TOURISM IN JORDAN

By
ZIAD S. AL-EBESAT

Supervisor
Dr. KAYED O. ABU SABHA, PROF

ABSTRACT

This study aimed to assess the reality of medical tourism in Jordan, through assessing the level of institutional performance, evaluation of marketing systems in hospitals, the main strengths and weaknesses, and the opportunities and threats of medical tourism in Jordan. The study also meant to assess the level of services treatment from the perspective of the service recipients in hospitals and natural resorts , in order to assess the role of the public and private sectors in supporting and developing medical tourism in Jordan , and to identify the factors affecting the achievement of competitive advantage of medical tourism in Jordan, from the point of view of the hospital's management, doctors, organizations, and sponsors of medical tourism in Jordan , On the other hand the study identified the factors that attract the service recipients choosing Jordan to receive medical services and hospital treatment.

In addition, the study intended to identify the system of networking between medical institutions and a group of related parties; in terms of relationships and partnerships at the geographical level and on the legal framework for these partnerships. The study targeted four communities:

Hospital management and natural resorts, doctors, sponsors, service recipients in hospitals and natural resorts.

The study concluded a set of results:

- The existence of weakness in the institutional performance in the areas of resource management, operations management and leadership.
- Weakness in the relationships, partnerships and marketing operations of the therapeutic institutions.
- The efficiency of doctors and the state of security and stability in the Kingdom in addition to the good equipment for a number of hospitals were the most important attractions for medical tourism in Jordan.
- Higher prices in general and higher price for health care are the most prominent vulnerability factors for medical tourism.
- Partnerships and the search for new markets are the most outstanding opportunities for medical tourism.
- Unavailability of the hospitals' classification system, the lackness of medical accountability, the migration of scientific talent, and the growing emergence of new markets were the main threats to the medical tourism in Jordan.
- A great importance to the role of the social media appeared in attracting patients abroad.
- Appearance of weakness in the physical therapy sites focused on the weakness and random marketing, weakness in the infrastructure, under-investment, in addition to the lack of the regional & international competition.

-A very high degree of correlation to the recipient of the service was shown between the degree of satisfaction with prices and services provided and between the desire to repeat or recommend a visit to visit Jordan.